GEMEINSAM ZUKUNFT GESTALTEN

LANDKREIS LÖRRACH

Pädiatrische Versorgung im Landkreis Lörrach

2022/23

Ergebnisbericht und Handlungsempfehlungen

GESUNDHEITSKONFERENZ LANDKREIS LÖRRACH

Impressum

Landratsamt Lörrach
Fachbereich Gesundheit
Stabsstelle Gesundheitskonferenz
Palmstraße 3
79539 Lörrach

https://www.loerrach-landkreis.de/Gesundheitskonferenz

Ansprechperson

Sophia Warnecke
Telefon: 07621 410-2150
E-Mail: sophia.warnecke@loerrach-landkreis.de

Autoren/-innen

Simon Duffner, B. Sc.; Sophia Warnecke, M. A.

Weitere Beteiligte

Kommunale Gesundheitskonferenz Landkreis Lörrach, Arbeitsgruppe Medizinische Versorgung, Pädiater/-innen im Landkreis Lörrach

Datum der Veröffentlichung

18. Oktober 2023

Veröffentlichung mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu gewerblichen Zwecken.
Belegexemplar erbeten

Vorwort der Landrätin

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Gesundheit unserer Kinder liegt uns am Herzen.

Aus diesem Grund haben die Sicherstellung einer optimalen Gesundheitsversorgung für unsere Kinder sowie ihre stetige Weiterentwicklung im Landkreis Lörrach oberste Priorität.

Aus der Bevölkerung des Landkreises Lörrach erreichen uns immer wieder Meldungen, dass Eltern keinen Kinderarzt bzw. keine Kinderärztin für ihre Kinder finden. Ebenso weist die Kreiskinderärzteschaft seit Monaten auf eine äußerst angespannte Situation hin. Daraufhin hat das Plenum der Kommunalen Gesundheitskonferenz Lörrach im April 2022 den Arbeitsauftrag an die Arbeitsgruppe Medizinische Versorgung erteilt, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen und Handlungsempfehlungen auszuarbeiten, um die pädiatrische Versorgung im Landkreis Lörrach zukunftsweisend zu verbessern.

In dem Ihnen vorliegenden Ergebnisbericht sind die Ergebnisse der regionalen Untersuchungen zusammengefasst. In einem dynamischen Prozess konnten auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen entwickelt werden. Diese münden in eine Resolution mit konkreten Forderungen zur künftigen Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung im Landkreis Lörrach, mit der sich der Landkreis Lörrach an die jeweiligen Verantwortlichen wendet.

Mein herzliches Dankeschön gilt unseren Pädiaterinnen und Pädiatern sowie deren Praxispersonal im Landkreis Lörrach, den engagierten Mitgliedern der Kommunalen Gesundheitskonferenz sowie im Besonderen der Arbeitsgruppe Medizinische Versorgung, dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, der Stabsstelle Gesundheitskonferenz sowie der Studienprojektgruppe der Hochschule Furtwangen.

Ich bin davon überzeugt, dass wir mit vereinten Kräften den vor uns liegenden Herausforderungen gerecht werden und die Gesundheitsversorgung unserer Kinder im Landkreis Lörrach zukunftsweisend verbessern können.

Ihre

Marion Dammann

Lörrach, den 18. Oktober 2023

Inhaltsverzeichnis

Ausgangslage **1**
Studiendesign und Methodik **3**
Ergebnisse aus den Fragebogenerhebungen **5**
- Stichprobenbeschreibung 5
- Aktuelle Arbeitsbelastung und Ausblick 6
- Einschätzung der kinderärztlichen Versorgung im Landkreis Lörrach: Herausforderungen und Lösungsansätze 8
- Nachwuchsgewinnung 11

Ergebnisse aus den Experteninterviews **12**
Ergebnisse aus der Podiumsdiskussion **15**
Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen **17**
- Schlussfolgerung A: Fachkräftegewinnung und -bindung 18
- Schlussfolgerung B: Weiterentwicklung pädiatrischer Versorgungskonzepte 21
- Schlussfolgerung C: Abbau bürokratischer und administrativer Hemmnisse 25
- Schlussfolgerung D: Steigerung der elterlichen Gesundheitskompetenz 27

Verzeichnisse **28**
Anhang: Tabellenband **30**

Ausgangslage

Aus der Bevölkerung des Landkreises Lörrach wird dem Gesundheitsamt gemeldet, dass Eltern keine/n Kinderarzt/-ärztin finden. Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) berichtet, dass speziell zugezogene Familien keine zeitnahe kinderärztliche Versorgung, einschließlich der notwendigen Impfberatungen für eine Kindergartenaufnahme, erhalten. Ebenso hat sich die Kreiskinderärzteschaft bereits im Oktober 2021 mit einem Brandbrief an den Landkreis Lörrach und die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) gewendet, dass die pädiatrische Versorgung kurz vor einem Zusammenbruch stünde.

Diesem Sachverhalt stehen die offiziellen Bedarfszahlen diskrepant gegenüber: Nach Angaben der KVBW liegt im Landkreis Lörrach ein Versorgungsgrad von 125,2% vor, sodass von einer Überversorgung gesprochen wird und keine weiteren Niederlassungsmöglichkeiten im besagten Planungsbereich bestehen (KVBW 2023).

Im Landkreis Lörrach sind derzeit 21 Kinderärzte/-innen mit insgesamt 17,5 Vollzeitäquivalente (VZÄ) ambulant (KVBW, Stand 21.06.2023) sowie 28 Kinderärzte/-innen und Ärzte/-innen in der Facharztweiterbildung (ÄiW) Kinder- und Jugendmedizin stationär tätig (Kliniken des Landkreises GmbH 2023). Diese verteilen sich auf 12 Kinderarztpraxen sowie eine Kinderklinik, das St. Elisabethenkrankenhaus, im südlichen Teil des Landkreises (vgl. **Abbildung 1**):

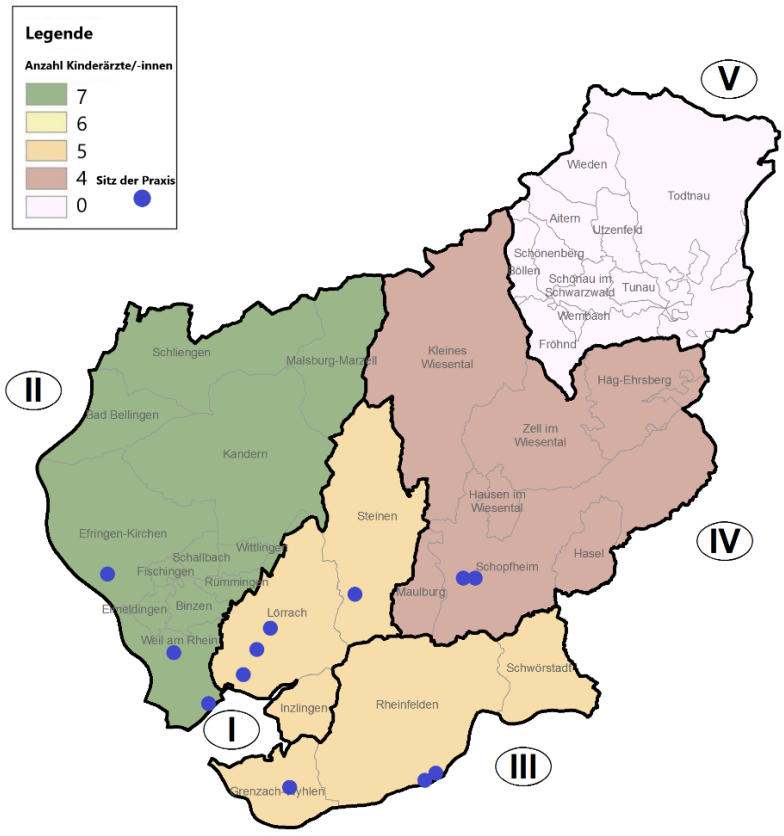

Abbildung 1: *Geographische Verteilung der niedergelassenen Kinderärzte/-innen im Landkreis Lörrach in Anlehnung an die Sozialplanungsräume des Landkreises: I Lörrach/Inzlingen Steinen; II Weil am Rhein/ Markgräflerland; III Hochrhein; IV Mittleres Wiesental; V Oberes Wiesental (Eigene Darstellung Landratsamt Lörrach 2023 auf Grundlage der KVBW-Zahlen vom 16.05.2023)*

Die Altersstruktur der niedergelassenen Kinderärzteschaft ist regional deutlich höher als im Landesdurchschnitt. So ist im Land Baden-Württemberg jeder vierte (25,3%) und im Landkreis Lörrach jede/r dritte Kinderarzt/-ärztin (33,3%) 60 Jahre und älter (vgl. **Tabelle 1**). Von den stationär tätigen Kinderärzten/-innen liegen keine offiziellen Altersangaben vor.

***Tabelle 1**: Altersstruktur der niedergelassenen Kinderärzte/-innen (KVBW, Stand 01.01.2023)*

	Unter 50 Jahre	50 bis 59 Jahre	60 Jahre und älter	Anteil 60 Jahre und älter (in %)
Landkreis Lörrach	7	7	7	**33,3%**
Land Baden-Württemberg	394	361	256	**25,3%**

Studiendesign und Methodik

In der Plenumssitzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) wurde 2022 an die Arbeitsgruppe Medizinische Versorgung der Arbeitsauftrag erteilt, sich mit der pädiatrischen Versorgung im Landkreis auseinanderzusetzen. In der Arbeitsgruppe wurde recht schnell entschieden, dass die als prekär wahrgenommene Versorgungssituation in den öffentlichen Bedarfszahlen der KVBW nicht adäquat abgebildet wird und daher eigene Analysen durchgeführt werden sollen. Dabei hat punktuell eine Studienprojektgruppe der Hochschule Furtwangen unterstützt.

Abbildung 2 gibt einen Überblick zu den verschiedenen Datenerhebungen und Meilensteinen im zeitlichen Kontext:

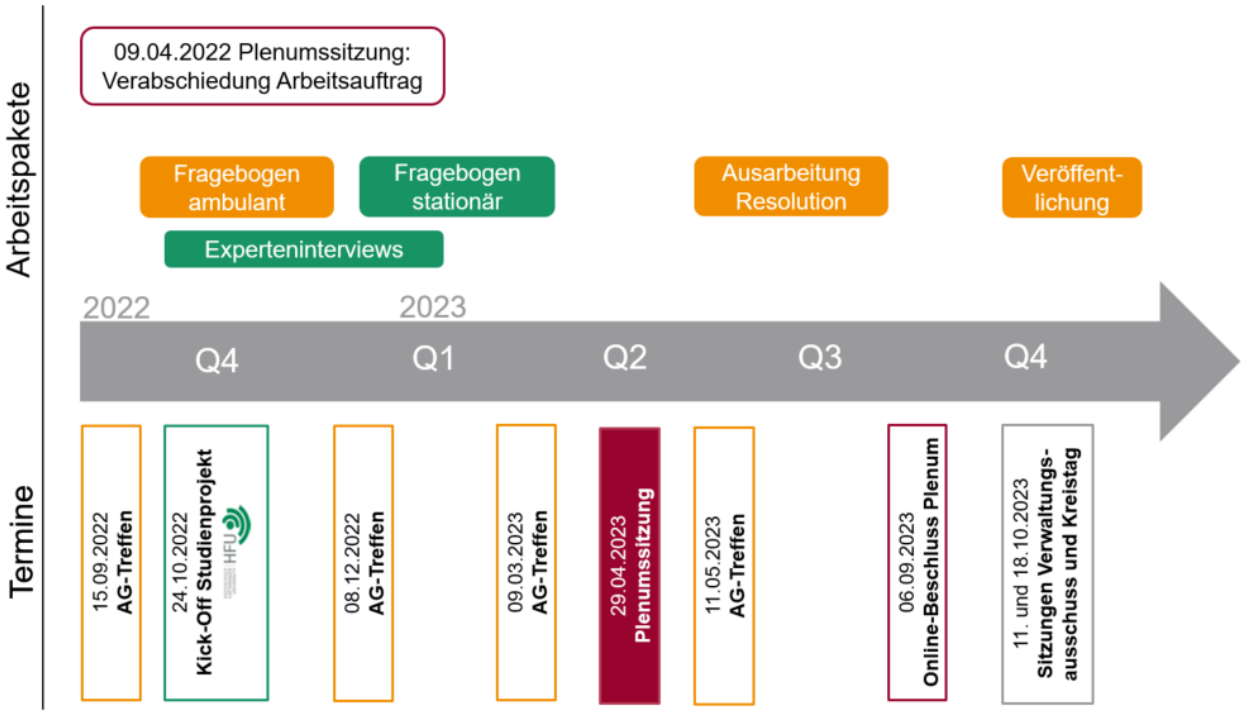

***Abbildung 2**: Meilensteinplan Bedarfserhebung pädiatrische Versorgung 2022/23*

Fragebogenerhebung ambulant

Die Online-Befragung (über das Tool SoSciSurvey) richtete sich an alle zum Zeitpunkt der Befragung ambulant tätigen Kinderärzte/-innen im Landkreis Lörrach. Dabei wurden insgesamt 22 Personen angeschrieben (N = 22). Der Befragungszeitraum belief sich auf 27.09.2022 bis 19.10.2022. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte via Excel.

Fragebogenerhebung stationär

Die Online-Befragung (ebenfalls über SoSciSurvey) richtete sich an alle stationär tätigen Kinderärzte/-innen im Landkreis Lörrach. Diese erfolgte in Unterstützung einer Studierendengruppe der Hochschule Furtwangen. Dabei wurden insgesamt 28 Personen angeschrieben, wobei drei von diesen aufgrund von Elternzeit nicht erreicht wurden (N = 25). Der Befragungszeitraum belief sich auf 14.02.2022 bis 02.03.2023. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte via SPSS und Excel.

Die Ergebnisse aus den beiden Fragebogenerhebungen werden in den identischen Variablen gegenübergestellt.

Experteninterviews

Im Zeitraum vom 27.12.2022 bis 01.03.2023 wurden seitens der Studienprojektgruppe der Hochschule Furtwangen insgesamt fünf Experteninterviews mit ambulant tätigen Kinderärzte/-innen, Medizinischen Fachangestellten (MFA) in Kinderarztpraxen sowie dem KJGD durchgeführt. Dafür wurde ein halbstandardisierter Interviewleitfaden verwendet und die Ergebnisse mit der Software MAXQDA ausgewertet.

Podiumsdiskussion

Im Rahmen der Plenumssitzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz Lörrach am 29.04.2023 wurden die zentralen Ergebnisse sowie ersten abgeleiteten Schlussfolgerungen vorgestellt und in einer Podiumsdiskussion mit Vertretern/-innen aus der ambulanten und stationären Ärzteschaft, der KVBW und der Politik diskutiert. Die Ergebnisse wurden auf einem vorbereiteten, digitalen Whiteboard dokumentiert und für die Resolution aufbereitet.

AG-Treffen Medizinische Versorgung

Über den kompletten Untersuchungszeitraum hinweg fanden regelmäßig Treffen der Arbeitsgruppe Medizinische Versorgung statt. In diesen wurden die jeweiligen Zwischenergebnisse diskutiert und gemeinsam weitere Schritte festgelegt. Die Ergebnisse werden aufgrund dessen nicht separat dargestellt, sondern sind unmittelbar in die Untersuchungen eingeflossen. In den insgesamt vier digital oder hybrid stattgefundenen AG-Treffen (15.09.2022, 08.12.2022, 09.03.2023, 11.05.2023) haben sich 12-27 Fachpersonen aus dem Landkreis eingebracht.

Ergebnisse aus den Fragebogenerhebungen

Stichprobenbeschreibung

Rücklaufquote

In den beiden Online-Befragungen wurden insgesamt 68% aller ambulant und stationär tätigen Kinderärzte/-innen im Landkreis Lörrach erreicht. Die Stichprobe der befragten ambulant tätigen Kinderärzte/-innen umfasst insgesamt 16 Personen bei einer derzeitigen Grundgesamtheit von 22 Personen (Rücklaufquote 73%). Die Stichprobe der befragten stationär tätigen Kinderärzte/-innen umfasst insgesamt 17 Personen bei einer Grundgesamtheit von 25 Personen (Rücklaufquote 68%) (s. Tabelle 2).

Tabelle 2: *Übersicht Anzahl der ambulant und stationär tätigen Kinderärzte/-innen im Landkreis Lörrach und der erreichten Stichproben*

Sektor	Grundgesamtheit	Stichprobe (n)	Rücklaufquote
ambulant	22*	16	73 %
stationär	25**	17	68 %
Gesamt	**47**	**33**	**70 %**

*Grundgesamtheit der ambulant tätigen Kinderärzte/-innen bezieht sich auf Angaben der KVBW im November 2022, daher weicht diese Zahl von der Ausgangslage ab.
**Die Angaben zu den stationär tätigen Kinderärzten/-innen beziehen sich auf Aussage des St. Elisabethenkrankenhaus. Die Grundgesamtheit liegt bei 28, allerdings seien 3 Personen in Elternzeit und sind daher ausgenommen.

Geschlechterverteilung

Die ambulant tätigen Kinderärzte/-innen, die in der Stichprobe befragt wurden, sind mehrheitlich weiblich mit 9 (64%) Frauen und 5 (36%) Männern (s. **Abbildung 3**). Bei den befragten stationär tätigen Kinderärzten/-innen hingehen ist die Geschlechterverteilung nahezu ausgeglichen: 8 (47%) weibliche und 9 (53%) männliche Teilnehmende (s. **Abbildung 4**). Auffällig dabei ist, dass drei Viertel der jungen Ärzte/-innen in der Altersgruppe 28-39 Jahre Frauen sind (8 von 12 Personen).

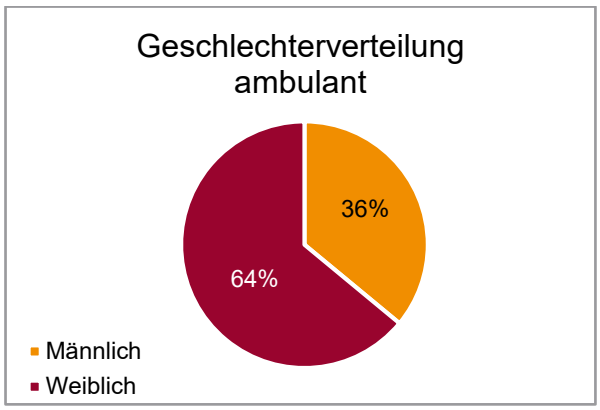

Abbildung 3: *Geschlechterverteilung ambulant befragte Kinderärzte/-innen (Angaben in Prozent, n=14)*

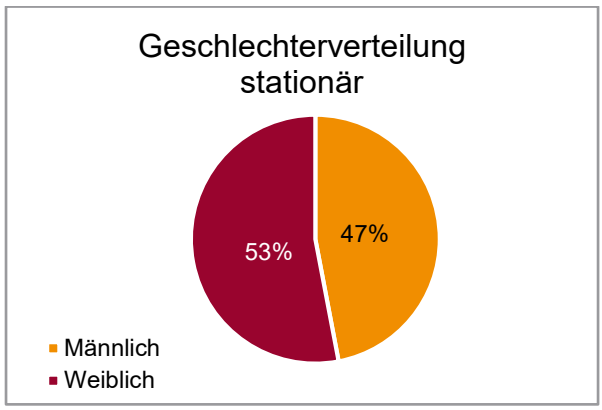

Abbildung 4: *Geschlechterverteilung stationär befragte Kinderärzte/-innen (Angaben in Prozent, n=17)*

Altersverteilung

Auch in der Altersverteilung zeigen sich zwischen den beiden Sektoren deutliche Unterschiede. Die Studienpopulation im ambulanten Bereich weist eine u-förmige (bimodale) Verteilung auf. Das arithmetische Mittel des Alters liegt bei 53 Jahre (Median 58 Jahre) mit Werten zwischen 37 und 67 Jahren. Die Altersstruktur der stationär tätigen Kinderärzte/-innen hingegen hat einen Mittelwert von 40 Jahre (Median 34 Jahre) und weist dabei einen links zentrierten Lageparameter im Alter von 28 bis 39 Jahren auf (s. ***Abbildung 5***).

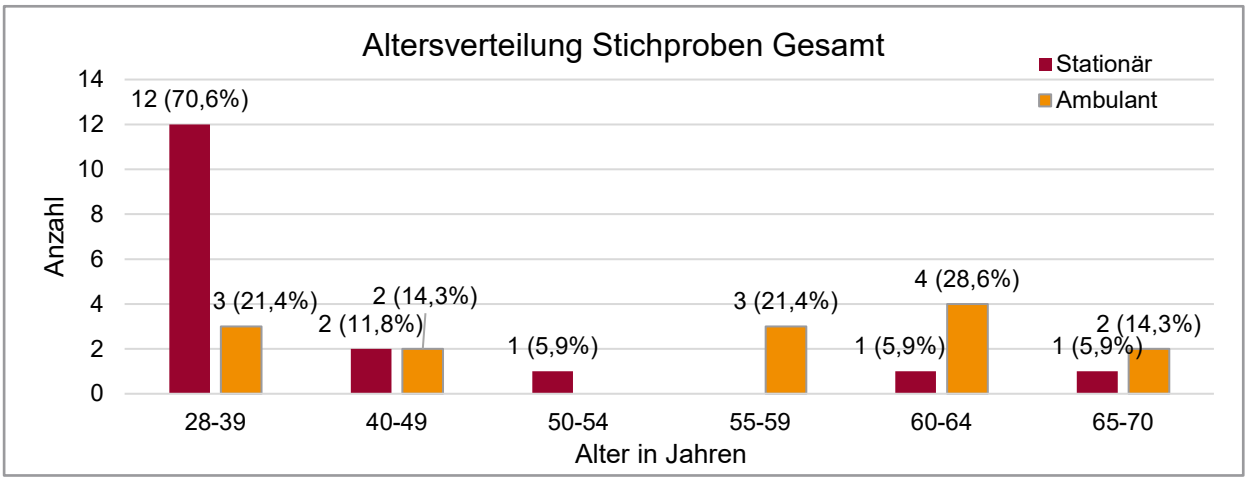

Abbildung 5: *Altersverteilung der befragten Kinderärzte/-innen ambulant und stationär in Jahren (nach KV-Kategorien) (Angaben absolut und in Prozent, $n_{ambulant}$=14, $n_{stationär}$=17)*

Aktuelle Arbeitsbelastung und Ausblick

Stellenumfang und Arbeitsstunden

Die maximale Arbeitszeit liegt bei beiden Sektoren bei 60 Stunden in der Woche. Dabei liegt die durchschnittliche Arbeitszeit im stationären Sektor bei 48,6 Stunden und im ambulanten Sektor bei 52,0 Stunden in der Woche (vgl. **Abbildung 6**). Ebenso unterscheiden sich die prozentualen Stellenumfänge, welche bei den niedergelassenen Kinderärzten/-innen bei durchschnittlich 76% ($n_{ambulant}$=8, min=25%), bei den stationär tätigen Kinderärzten/-innen bei 97% ($n_{stationär}$=12, min=80%) liegt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Frage nur teilweise beantwortet wurde und damit lediglich eine eingeschränkte Übertragung auf die Grundgesamtheit möglich ist.

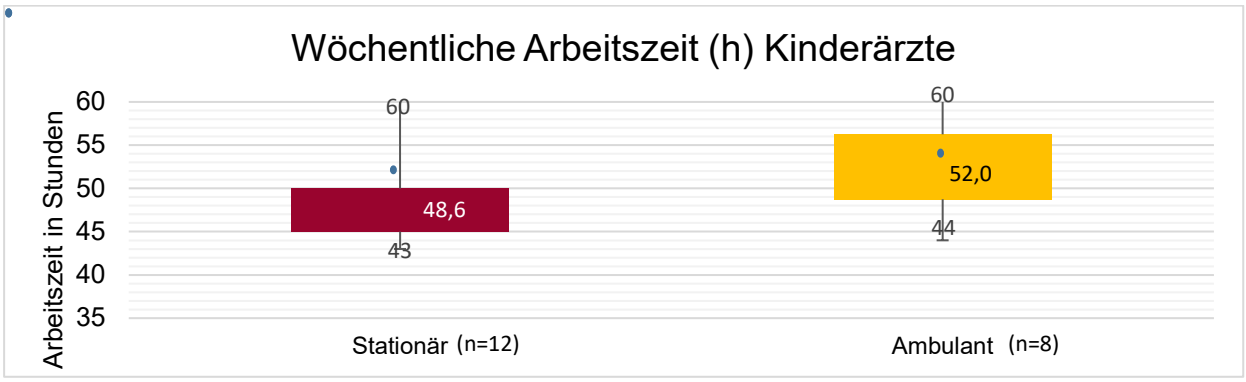

Abbildung 6: *Box-Plot Arbeitsstunden stationär und ambulant im Vergleich (Angaben in Stunden, $n_{ambulant}$=11; $n_{stationär}$=14). Hinweis: Personen, die einen geringeren Stellenumfang als 1VZÄ angegeben haben, werden in dieser Grafik nicht berücksichtigt.*

Auslastung Kinderarztpraxen (ambulant, n=10)

Haben Sie aktuell Kapazitäten, um weitere Patienten/Kinder aufnehmen zu können?

- Drei der befragten Praxen geben an, noch Kapazitäten für weitere Patienten/-innen zu haben.
- Zwei der befragten Praxen gaben an, dass es eine Warteliste für Patienten/-innen gäbe. Im Schnitt stehen 35 Patienten/-innen darauf mit einer 19-wöchigen Wartezeit.
- Fünf Praxen gaben Einschränkungen bei der Patientenaufnahme an. Bei der Aufnahme wird vermehrt auf das Einzugsgebiet geachtet.

Aus welchen Gründen mussten/müssen Sie Ihr Praxisangebot einschränken?

- Vier Praxen gaben an, dass ihr Angebot uneingeschränkt bestehen bleibt.
- Zwei der befragten Praxen müssen ihr Praxisangebot einschränken, und zwar folgende Angebote: Keine Aufnahme aus Umland; Beratung und Vorsorgeuntersuchungen.
- Vier Praxen beabsichtigen bei anhaltender Versorgungsproblematik ihr Angebot einzuschränken: verkürzte Beratungszeit; Patientenaufnahme; Hörtestungen und eingehende psychosomatische Beratung; Gespräche und evtl. Zusatzversorgung.

Inwiefern mussten/müssen Sie Ihr Praxisangebot einschränken?

- Aufnahmestopp – nur Aufnahmen von: Unmittelbares Einzugsgebiet (ohne alternative/n Kinderarzt/-ärztin), Neugeborene, Frisch Zugezogene, Geschwisterkinder
- Eingeschränkte Leistungen: Keine Bratung, Keine Vorsorgen

Ausblick Tätigkeit

Die befragten ambulant tätigen Kinderärzte/-innen gaben durchschnittlich an, ausgehend von ihrer aktuellen Altersgruppe, weitere 12 Jahre im Landkreis Lörrach zu arbeiten bzw. bis zum Alter von 66 Jahren ihre Tätigkeit durchführen zu wollen. Die befragten stationär tätigen Kinderärzte/-innen gaben durchschnittlich an, bis zum Alter von 51 Jahren ihre Tätigkeit im Landkreis Lörrach durchführen zu wollen. Sieben davon gaben dabei an, ihre Tätigkeit vor dem Alter von 50 Jahren zu reduzieren. Darunter fiel drei Mal der Grund, dass sie planen ihre Tätigkeit außerhalb des Landkreises fortzusetzen.

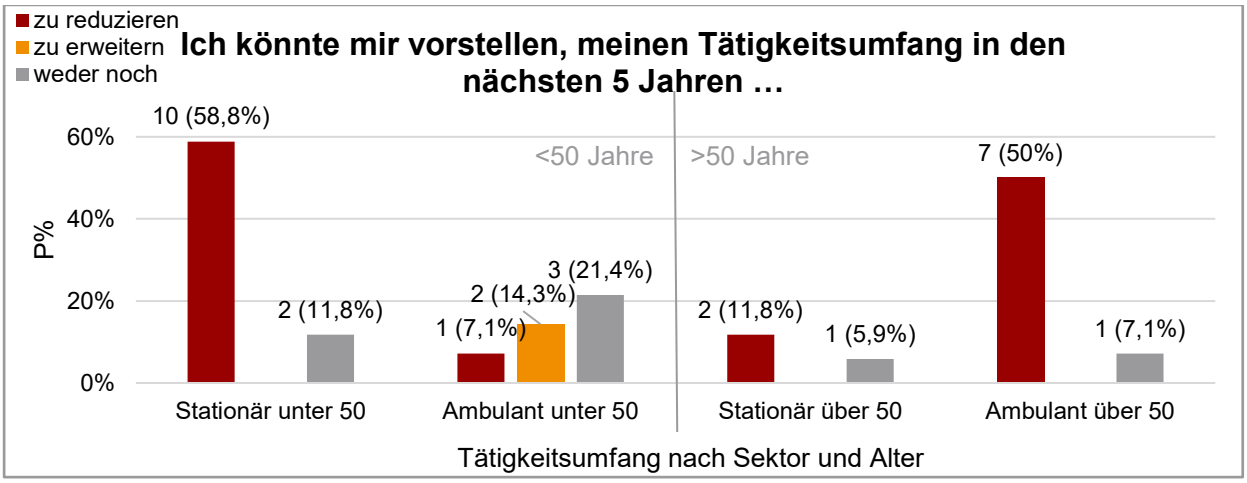

Abbildung 7: *Ausblick individueller Tätigkeitsumfang ambulant und stationär (Angaben absolut und in Prozent; $n_{ambulant}=14$; $n_{stationär}=17$)*

***Tabelle 3**: Gründe für Verlängerung/Verkürzung der Tätigkeit (Anzahl Nennung ambulant/Anzahl Nennung stationär)*

Aus welchen Gründen würden Sie Ihre Tätigkeit …	
… vorzeitig beenden?	**… länger als geplant ausüben?**
• Arbeitsbelastung (6x / 4x)	• Sinkende Arbeitsbelastung bzw. Überstunden (1x / 2x) / keine Nacht und WE-Schichten (0x / 1x)
• Familiäre Gründe (2x / 7x)	• Vereinbarkeit von Beruf und Familie (1x / 0x)
• Facharztausbildung (1x / 0x) / Zu wenig Weiterbildungsmöglichkeiten (0x / 4x)	• Flexiblere WBO (1x / 0x) / Spezialisierte Fachärztweiterbildung (0x / 2x)
• Bürokratie (4x / 0x)	• Sinkende Bürokratie / Bessere Betreuung + Unterstützung der Verwaltung (1x / 1x)
• Zu wenig Zeit für einzelne Patienten (0x / 1x)	• Freude am Beruf (0x/2x) / Gutes Arbeitsklima / Wertschätzung v. Patienten/Kollegen (0x / 2x)
• Vertragsende (0x / 1x)	• Mit Nachfolger / Als Angestellter (1x / 0x)
Sonstiges • Rentenalter erreicht / Gesundheitliche Einschränkungen (0x / 2x) • Jahrelanges Pendeln (0x / 1x)	Sonstiges • Finanzielle Gründe (1x / 2x)

Einschätzung der kinderärztlichen Versorgung im Landkreis Lörrach: Herausforderungen und Lösungsansätze

Einschätzung insgesamt

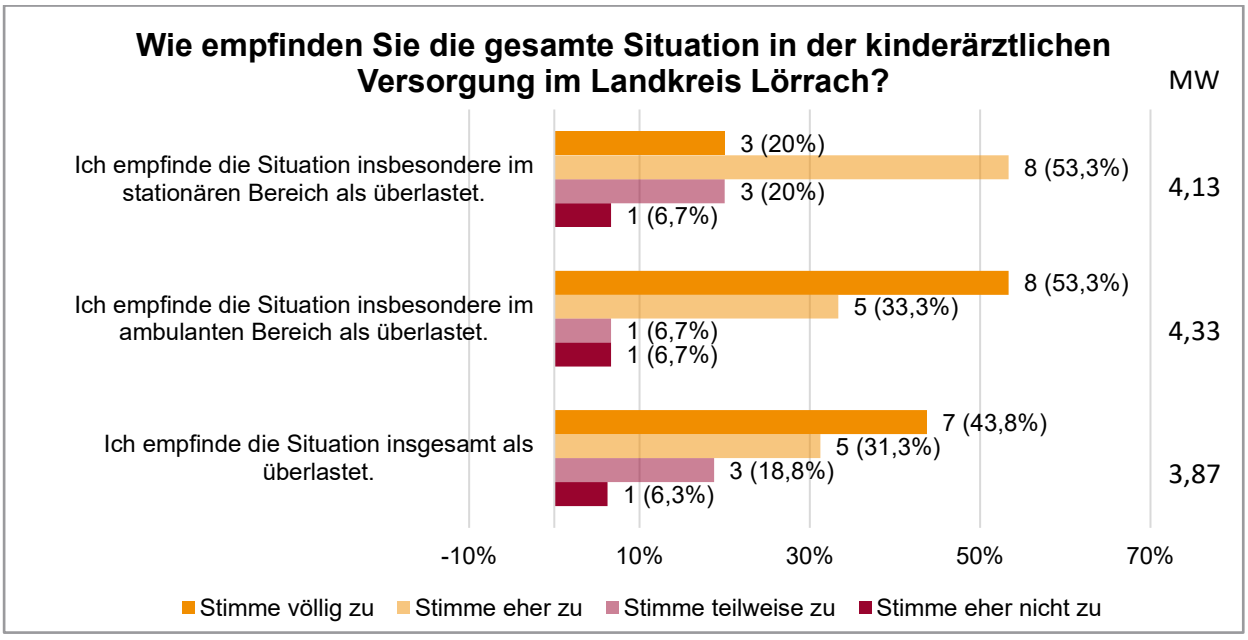

***Abbildung 8:** Einschätzung der Gesamtsituation aus Sicht der stationär tätigen Kinderärzte/-innen (Angaben in Prozent, n=16)*

Probleme

Aus Sicht der befragten Kinderärzte/-innen liegen die größten Probleme bei zu wenig Kinderärzte/-innen insgesamt (MW_{Gesamt}=4,6), zu wenig qualifiziertem, nicht-ärztlichem Personal ($MW_{stationär}$=4,5), der KV-Bedarfsplanung ($MW_{ambulant}$=4,4), der Lage im Dreiländereck (MW_{Gesamt}=4,3) und bürokratischen Hemmnissen (MW_{Gesamt}=4,3). Dabei zeigen sich zwischen den beiden Sektoren leichte Unterschiede in der Einschätzung (s. ***Abbildung 9***). Des Weiteren wurden in den Freitextfeldern u. a. angemerkt, dass die Unvereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die hohe Arbeitsbelastung, wie auch die Zunahme an psychosozialen Problemen und fehlender Infrastruktur, dafür problematisch seien.

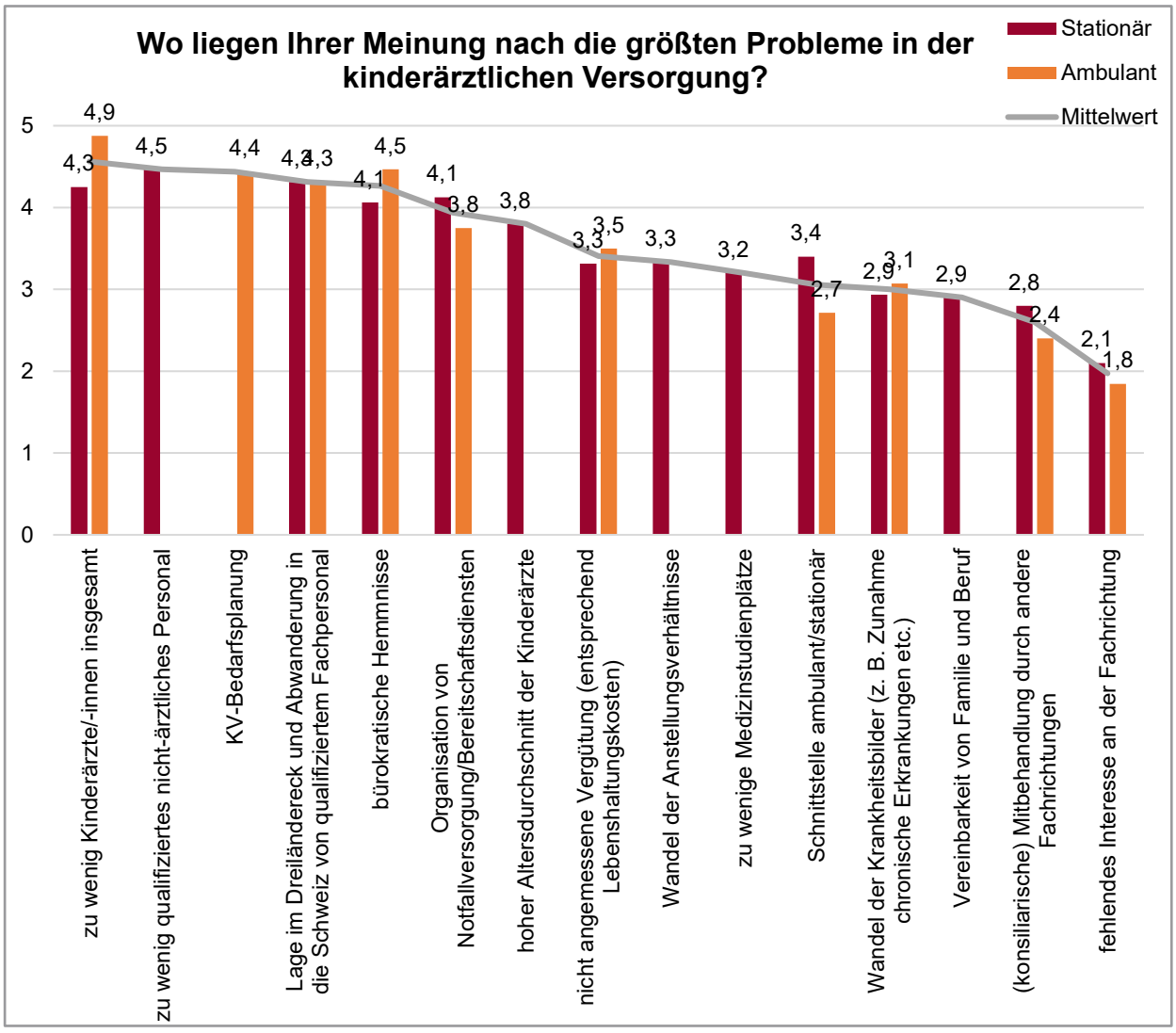

Abbildung 9: *Probleme aus Sicht aller Kinderärzte/-innen (Angaben in Mittelwerten; $n_{ambulant}$=15, $n_{stationär}$=15), Berechnung der Mittelwerte durch 5=Ich stimme völlig zu, 4=Stimme eher zu, 3=Stimme Teilweise zu, 2=Stimme eher nicht zu, 1=stimme gar nicht zu.*

Lösungen

Als Lösungsansätze wurden die Beseitigung von bürokratischen Hemmnissen (MW_{Gesamt}=4,4), neue Konzepte für Bereitschaftsdienste (MW_{Gesamt}=4,3) sowie die Steigerung der elterlichen Gesundheitskompetenz (MW_{Gesamt}=4,1) als am vielversprechendsten bewertet, gefolgt von Delegationsmodellen (MW_{Gesamt}=3,8) (s. ***Abbildung 10***). Des Weiteren wurde von den ambulant tätigen Kinderärzten/-innen in den Freitextfeldern angemerkt, dass eine bessere Zusammenarbeit im Rahmen der Facharztweiterbildung und Nachwuchsbindung die Situation im Landkreis verbessern könnte.

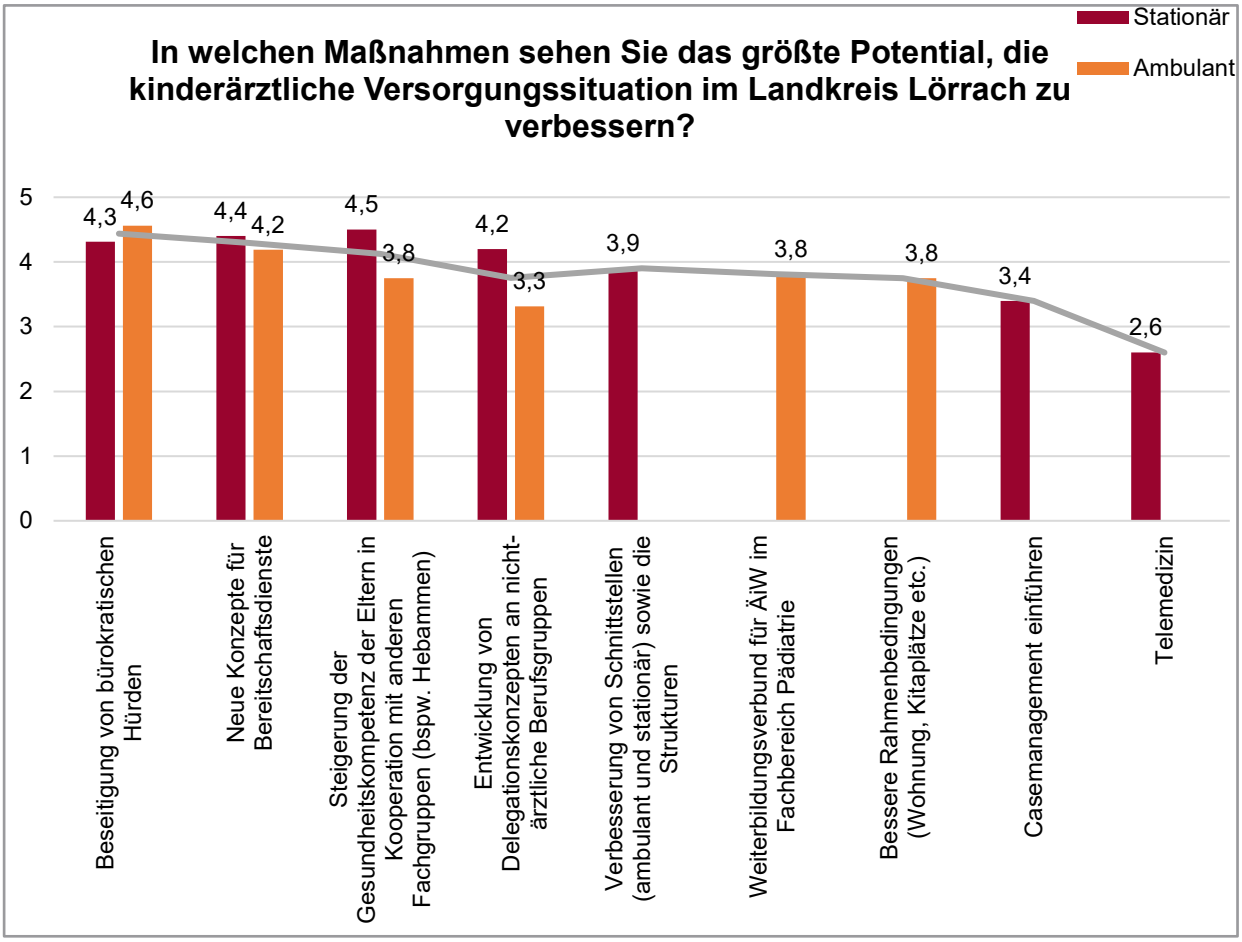

Abbildung 10: *Lösungsansätze aus Sicht aller Kinderärzte/-innen (Angaben in Mittelwerten; $n_{ambulant}$=15, $n_{stationär}$=15), Berechnung der Mittelwerte durch 5=Ich stimme völlig zu, 4=Stimme eher zu, 3=Stimme Teilweise zu, 2=Stimme eher nicht zu, 1=stimme gar nicht zu.*

Nachwuchsgewinnung

Unter den befragten Kinderarztpraxen geben fünf Praxen an, dass in ihrer Praxis die Möglichkeit bestehe, Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) zu beschäftigen. Dabei verfügen diese über eine Weiterbildungsermächtigung von durchschnittlich 21 Monaten (s. ***Abbildung 11***). Vier Praxen geben an, dass sie keine Möglichkeit haben, ÄiW zu beschäftigen.

Die stationär tätigen Kinderärzte/-innen geben folgende Aspekte an, welche ihrer Meinung nach am stärksten mögliche Nachwuchsärzte/-innen vom Zuziehen in den Landkreis Lörrach abhalten könnten: Lörrach als Stadt unattraktiv (4x), Schweiz finanziell attraktiver (3x), hohe Arbeitsbelastung in Lörrach schreckt ab (2x) sowie Pendeln aus Freiburg aufwendig (1x).

Dieselben Personen sehen die wichtigsten Anreize in der Nachwuchsgewinnung für den Landkreis Lörrach in der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, dem Betriebsklima, der Arbeitsbelastung, finanziellen Anreizen sowie äußeren Rahmenbedingungen wie Wohnplatz und Kinderbetreuung (s. ***Abbildung 11***).

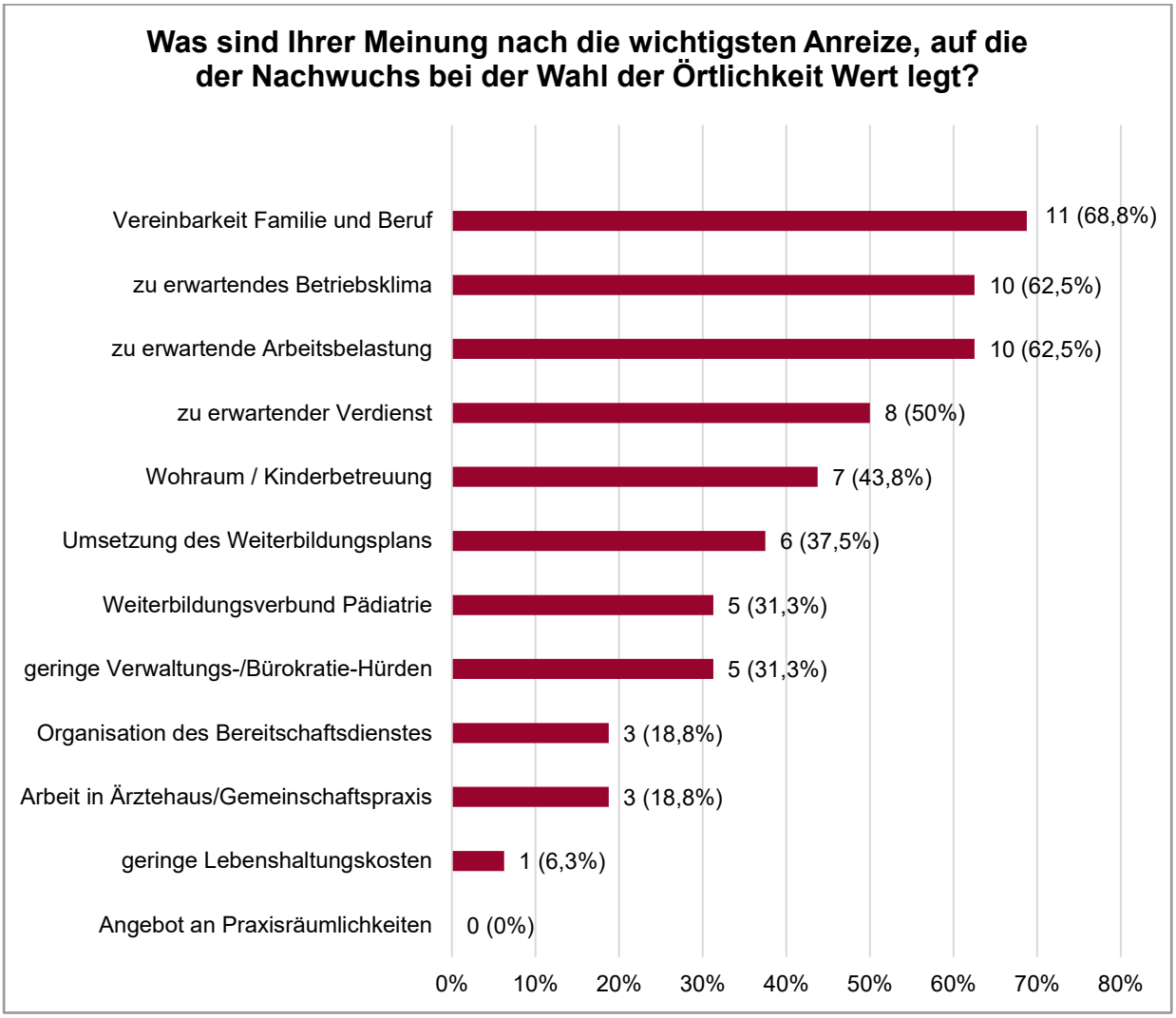

***Abbildung 11**: Lösungsansätze zur Nachwuchsgewinnung aus Sicht der stationär tätigen Kinderärzte/-innen (Angaben absolut und in Prozent, Mehrfachnennungen möglich, n=16)*

Ergebnisse aus den Experteninterviews

Im Folgenden werden exemplarisch einzelne Punkte und Zitate aus den Experteninterviews dargestellt. Zur Wahrung des Datenschutzes und der Anonymität kann das Sample lediglich darin beschrieben werden, dass alle fünf befragten Personen in der ambulanten pädiatrischen Versorgung im ländlichen Raum tätig sind.

Einschätzung der pädiatrischen Versorgungssituation

- **Laut Aussagen der Interviewexperten werden die Kinder im Landkreis Lörrach nicht (mehr) adäquat versorgt.** Dies zeigt sich u. a. darin, dass Kinder zum Teil nicht in die Versorgung aufgenommen werden: *„Wir haben jetzt schon Eltern, die längere Zeit mit ihren Kindern schon im Landkreis wohnen und bis jetzt noch keinen Kinderarzt gefunden haben." (I4), „Also wir haben so einen Durchschnitt, geschätzt von 30 bis 40% zu viele Patienten" (I1).*
- **Die befragten Experten/-innen schildern, dass das Leistungsangebot sowie die Qualität der Versorgung aufgrund der überlasteten Situation leiden**: *„Wir [haben] das Leistungsspektrum eingeschränkt [.] oder auch die Aufnahme von Patienten, weil das einfach nicht mehr zu leisten wäre." (I1), „Wir machen z.B. momentan keine Vorsorgen wie J1 und J2, die eigentlich vorgeschrieben sind." (I1), „Im ersten Lebensjahr hat so ein Kind so viele Termine mit Impfen und Vorsorgen, dass wir das nicht schaffen." (I4)*
- Alle Befragten sind der Meinung, dass sich die Lage in den nächsten Jahren enorm verschärfen wird (I1-I4): ***„Was mir natürlich viele Momente im Kopf rumschwirrt ist die Zukunft****. Wie sieht es in 10 Jahren aus? Das ist das, was mir viel im Hinterkopf ist und was mich auch mitunter in den Abend oder ins Wochenende hinein beschäftigt (I3)."*
- Als eine der Hauptprobleme wird auch von Befragten gesehen, dass viele Kinderärzte/-innen im Landkreis aufs Rentenalter zugehen und wenig bzw. keine Nachfolger/-innen in Sicht sind (I4, I2): ***„Ich glaube, wenn es so weitergeht, gibt es keine ambulante fachärztliche, sprich pädiatrische Versorgung mehr*** *(I1)."*
- Die Mitversorgung der Kinder und Jugendlichen durch Allgemeinmediziner/-innen wird von keinem Befragten als Option gesehen (I1-I4). Als Gründe hierfür werden fehlende Erfahrungswerte genannt (I3, I2, I4, I1), Kinder sind keine kleinen Erwachsenen und benötigen daher eine spezielle Behandlung, Probleme sind sehr spezifisch (I1). Alle der Befragten nennen außerdem das Problem, dass es ebenso an Allgemeinmediziner/-innen mangelt (I3, I2, I4); es ist bereits schwer, chronisch kranke Kinder adäquat in die Versorgung durch Allgemeinmediziner/-innen ab 18 Jahre zu überführen (I2); Allgemeinmediziner/-innen sind auch überlastet und es gibt wenig Nachfolger/-innen (I3, I2)

Wahrgenommene Knackpunkte

- Arbeitsbelastung/Work-Life-Balance: *„**Berufs- und Privatleben** sind zumindest unter der Woche schwer miteinander zu kombinieren, bis gar nicht kombinierbar (I1)."*
- Bedarfsplanung: I2-I5 sind der Meinung, dass die Bedarfsplanung veraltet ist und sich nicht am heutigen Versorgungsbedarf orientiert und daher angepasst werden sollte. Kinderärzte/-innen haben heutzutage ein deutlich höheres Arbeitsaufkommen bspw. durch zusätzlich hinzugekommene Vorsorgeuntersuchungen oder zusätzliche Impfungen (I2).

- Bürokratie: Die Befragten sind der Meinung, dass die Bürokratie sehr viel Zeit in Anspruch nimmt und diese dann bei den Patienten/-innen fehlt. Die Befragten wünschen sich weniger Bürokratie (I1, I2, I4, I5): *„Die Zusammenarbeit mit der KV ist sehr mühsam. Vieles funktioniert dort nur auf Papier, aber nicht in der Praxis. Die Kinderärzte müssen diese Problematiken selbst mit der KV lösen und konkretisieren, wir können schwer etwas dagegen unternehmen.* ***Man möchte in Zukunft eine schnelle und unbürokratische Rückmeldung erhalten*** *(I2)."* Zwei der Befragten fordern bezüglich der Bürokratie mehr Entlastung durch Digitalisierung wie z.B. die elektronische Krankmeldung (I1, I4). I2 schlägt vor, dass Bürokratie zum Teil ausgelagert werden könnte: *„Ich denke, dass man gar nicht unbedingt die Bürokratie vereinfachen kann, aber vielleicht kann man an der ein oder anderen Stelle versuchen, das ein bisschen zu* ***outsourcen*** *(I3)."* Bürokratie ist nicht beeinflussbar (I3) bzw. aufgrund des Datenschutzes problematisch (I1).
- Notfallversorgung*: „****Die Notfallversorgung ist extrem gefragt****, vor allem in der Winterzeit hat man* ***komplett überladene Notfallsprechstunden****, auch an den Wochenenden.* ***Für die immer älter werdenden Kinderärzte ist dieses Problem kaum noch zu stemmen*** *und dafür sind sie auch einfach viel zu wenig. Optimal wäre, wenn man genug an der Zahl wäre, dass man sich untereinander besser aufteilt, z. B. in zwei Schichten. → Vormittag, Nachmittag, bis in den Abend hinein (I2)."* I3 ist außerdem der Meinung, dass es bessere Absprachen geben müsste. I4 und I1 äußern dazu, dass die entsprechenden Gerätschaften bislang fehlen, sodass man zu bestimmten Untersuchungen wieder in die Kinderklinik überweisen muss.
- Grenznähe zur Schweiz: Drei der Interviewpartner/-innen geben an, dass sie bereits über einen Wechsel in die Schweiz nachgedacht haben (I1, I2, I3). Die Schweiz ist nicht nur durch eine bessere Bezahlung, sondern auch durch bessere und klarere Strukturen sowie Zuständigkeiten attraktiv – bspw. indem nicht-medizinische Aufgaben outgesourct werden (I1, I2, I4): *„Und was ist in der* ***Schweiz*** *anders als in Deutschland?* ***Da ist mehr Geld im System*** *(I4)."* Es werden ebenso die Kehrseiten der Schweiz aufgezeigt, bspw. indem sie im Vergleich zu Deutschland nicht familienfreundlich ist, da man dort weniger Urlaub, Feiertage, Mutterschutz und Elternzeit hat.

Lösungsansätze

- Mehr Zusammenarbeit: *„Ich denke, wir müssen das ein bisschen anders denken. Von dieser 1-Mann-Praxis, Einzelpraxis, wo einer wirklich für alles verantwortlich ist, hin zu irgendwelchen* ***Zusammenschlüssen, dass man sich auch eher hilft, die Praxen untereinander, wenn ein Arzt ausfällt oder eine MFA ausfällt****, dass man sagt, ich schick dir jemanden rüber, wir sind im Moment ganz gut besetzt oder so (I3)." „Ich glaube, es müsste eine deutlich* ***bessere Verzahnung zwischen der ambulanten Versorgung und dem stationären Sektor*** *stattfinden (I1). "*
- Weiterbildungsverbund Kinder- und Jugendmedizin: *„Wenn wir es schaffen, analog zur Allgemeinmedizinischen Weiterbildungsrotation eine* ***pädiatrische Rotation*** *anzubieten und diese vielleicht auch praxisnah zu gestalten, dann wäre das eine hervorragende Lösung. Das heißt, dass man die* ***Entwicklungspädiatrie und das SPZ [Sozialpädiatrische Zentrum] mit einbezieht*** *(I2)."*
- Gesundheitskompetenz der Eltern: Alle Interviewpartner/-innen sind der Meinung, dass die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Eltern sie entlasten könnte. Zwei Praxen haben bereits Beratungsflyer ausliegen oder haben früher Schulungen angeboten. Die

Schulungsmedizin geht laut der Aussage der Praxis verloren, da heute keine Kapazität mehr dafür da ist (I4): *„Es gibt tolle Flyer, aber die wollen immer eine Ansprechperson und die gibt es nicht. Also wir haben das alles, aber wie gesagt diese Schulungssituation, wo auch Allergiker Eltern mal wirklich* ***intensive Schulungsabende*** *haben.* ***Das wäre so viel mehr wert*** *als so ein blöder Flyer (I4)."* Daher wird insbesondere die Hebammenbegleitung in den ersten Lebensmonaten genannt (I2, I3). Es wird vorgeschlagen, die Hebammen mehr an gynäkologische Praxen anzusiedeln (I2) und dass es die Möglichkeit gibt, einen „Elternführerschein" zu machen (I4).

- Telemedizin: Alle Befragten sind sich einig, dass Telemedizin nur sehr bedingt möglich ist (I1, I2, I4). Als Hauptproblem wird hierbei genannt, dass das Kind nicht angefasst bzw. nicht untersucht werden kann (I1; I2; I4).
- Delegation ärztlicher Tätigkeiten: Drei der Befragten sind der Meinung, dass gewisse Aufgaben übertragen werden könnten, betonen allerdings, dass letztendlich der Arzt oder die Ärztin immer Lotse sein sollte und nicht ersetzbar ist (I1, I2, I4). Eine der Befragten ist der Meinung, dass Eltern nur auf den/die Kinderarzt/-ärztin ihres Vertrauens hören (I5). Ebenfalls wird der Erfolg der Akademisierung der Gesundheitsberufe kritisch gesehen (I1).

Nachwuchsgewinnung

- Alle Interviewpartner/-innen sind der Meinung, dass dringend mehr Nachwuchs gewonnen werden muss und sich dieser u. a. durch bessere Arbeitsbedingungen im Landkreis niederlassen würde (I1-I5): Weniger Bürokratie (I3), gute Vergütung (I3), geregelte Arbeitszeiten (auch in Teilzeit) und Urlaubsvertretung (I3, I4), gute Kommunikation zwischen Ärzten/-innen und KV (I3), Wohnraum (I4): ***„Lörrach ist eine schöne Gegend*** *mit dem Schwarzwald und der Nähe zu Frankreich und der Schweiz. Es ist, denke ich, eine lebenswerte Ecke.* ***Wir müssen junge Menschen dazu begeistern, hierher zu kommen und wir müssen ihnen versuchen, die Rahmenbedingungen zu geben, in denen sie gerne hier arbeiten*** *(I3)."* *„Denn wenn die* ***Mütter arbeiten*** *gehen können, dann können sie das in der Regel nur in Teilzeit. Und da muss die* ***Basis dafür geschaffen*** *werden […] Das nächste wäre, […] dass man* ***Wohnraum, der bezahlbar*** *ist, findet (I4)."*
- I4 erzählt, dass die Praxis über eine Weiterbildungsbefugnis von 125 % verfügt und dass diese gut besetzt werden, da sie familienfreundlich sind. Stellen werden durch Mundpropaganda neu besetzt.

Ergebnisse aus der Podiumsdiskussion

Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse der Podiumsdiskussion zur pädiatrischen Versorgung im Landkreis Lörrach im Rahmen der diesjährigen Plenumssitzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz Lörrach am 29.04.2023 zusammengefasst. Diese kann in voller Länger unter https://www.loerrach-landkreis.de/Plenumssitzungen2023 angeschaut werden. Das Podium setzte sich aus Vertretern/-innen der ambulanten und stationären Ärzteschaft, der KVBW und der Politik zusammen.

Fachkräftemangel / Nachwuchsgewinnung

- Wenig Nachwuchskräfte durch weniger Medizinstudierende (als vor 30 Jahren). Statistisch gesehen inzwischen wieder steigende Anzahl von Ärzten/-innen, aber nicht in den geleisteten Stunden (Verhältnis ca. 2:1 oder sogar 3:1 notwendig).
- Großer weiblicher Anteil, welcher durch Erziehungszeiten nur teilweise in der Versorgung „ankommt".
- Wunsch nach Anstellung ohne administrative Arbeit.
- Weniger „Arztzeit" in geleisteten Stunden für Patienten/-innen zur Verfügung als früher bei überproportional gestiegenen Leistungen sowie Anspruchsdenken der Bevölkerung.
- Wenn ein/e Arzt/Ärztin eine/n Assistentin/en anstellt, welcher ausschließlich für den anstellenden Arzt arbeiten darf (wenn eine rechnerische Überversorgung nach KVBW vorliegt), darf keine zusätzliche Arbeit und Mehrleistung über der Regelversorgung geleistet werden.
- Nachwuchsgewinnung durch eine Anpassung der Bedarfsplanung, indem mehr Niederlassungsmöglichkeiten und eine höhere Budgetgrenze geschaffen werden. Dadurch können weitere Ärzten/-innen angestellt werden.
- Budgetdeckelung sollte, wie im hausärztlichen Bereich, dringend aufgehoben werden. Insbesondere, um angestellte Ärzte/-innen zu finanzieren.

Weiterentwicklung pädiatrischer Versorgungskonzepte

- Ein Weiterbildungsverbund für Kinder- und Jugendmedizin könnte die ambulante Versorgung attraktiver machen, indem ÄiW leichter in die Praxen vermittelt werden und sie dort leichter Erfahrungen bei Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen sammeln können (Voraussetzungen Weiterbildungsordnung).
- Die Kommunikation mit der KV ist sehr mühsam.
- Niedergelassene Ärzteschaft spricht immer wieder an, dass die Arbeit in der Notfallpraxis verändert werden muss. Extrem hohe Zahlen bei der Notfallversorgung, Notfallnummer ist völlig überfrachtet.
- 116 117 Terminservicestelle wurde wenig wahrgenommen, Corona-Hotline kam dazu, derzeit Überlastung der Nummer und hohe Wartezeit, eine Nummer für alle Anwendungsfälle ist aktuell nicht funktionsfähig, dadurch auch keine Triage der Fälle möglich.
- Delegationskompetenz = Schlüsselressource, man müsste sie aber abrufen.

Abbau bürokratischer Hemmnisse

- KI-gestützte Programme könnten als Chance genutzt werden, verschiedene Prozesse zu vereinfachen und somit zur Entlastung beitragen. Dafür ist jedoch eine flächendeckende Abstimmung und Unterstützung der Praxen und Einrichtungen bei der Einführung von KI-unterstützten Programmen notwendig.
- Die Digitalisierung im Gesundheitssektor ist ein langfristiger Prozess und kann nur mit ausreichender Vor- und Nachlaufzeit etabliert werden.

Elterliche Gesundheitskompetenz und Prävention

- Bei den kinderärztlichen Untersuchungen wird deutlich, dass der Sprachförderung eine immer stärkere Bedeutung zukommt und daher gefördert werden sollte.
- Die Erfahrung zeigt, dass eine frühe Unterstützung bei der Gesundheitskompetenz von Eltern benötigt wird. Im Mittelpunkt stehen dabei Fragen wie z.B. „Wann muss ich mit meinem Kind zum Arzt?“ Dadurch könnten vermeidbare Praxisbesuche, insbesondere im Bereitschaftsdienst, vermieden werden.

Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

In den Analysen wurde nachgewiesen, dass die pädiatrische Versorgung im Landkreis Lörrach von allen im Prozess Beteiligten insgesamt als stark überlastet wahrgenommen wird. Daher steht die Fachkräftegewinnung und -bindung, die Weiterentwicklung der pädiatrischen Versorgungskonzepte, der Abbau von bürokratischen bzw. administrativen Hemmnissen sowie die elterliche Gesundheitskompetenz bei den abgeleiteten Schlussfolgerungen für die pädiatrische Versorgung im Landkreis Lörrach im Fokus. **Abbildung 12** stellt auf Grundlage der verschiedenen Analysen zusammenfassend und vereinfacht die Ursachen und Auswirkungen in ihrer Beziehung untereinander, sowie Lösungsansätze und Schlussfolgerungen dar, welche nachstehend genauer erläutert werden. Obwohl sich diese teilweise zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung unterscheiden, können diese in einer fortlaufenden Bedeutung einer sektorenübergreifenden Versorgung nicht getrennt betrachtet werden.

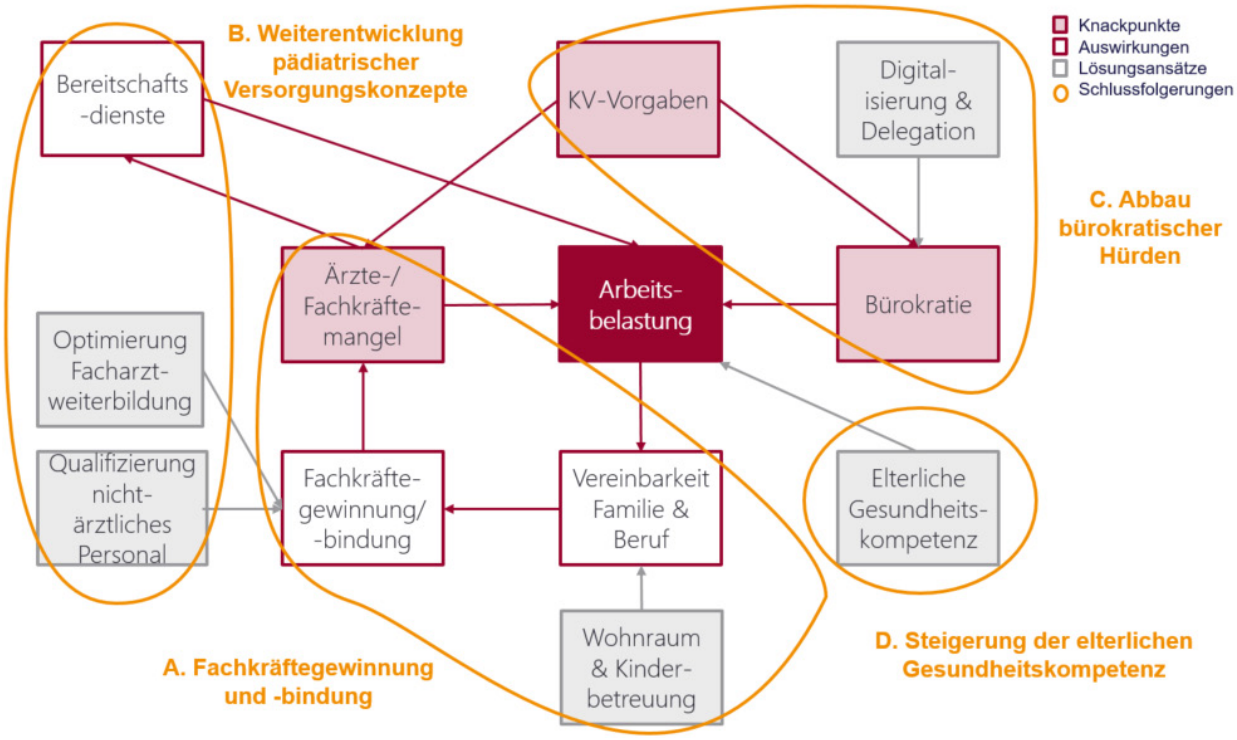

Abbildung 12: *Mindmap zum Zusammenspiel der Ursachen, Auswirkungen, Lösungsansätzen und daraus resultierende Schlussfolgerung bzgl. der Arbeitsbelastung in der pädiatrischen Versorgung im Landkreis Lörrach*

Nachfolgend werden konkrete Handlungsempfehlungen für die vier abgeleiteten übergeordneten Schlussfolgerungen benannt, die sich aus dem mehrdimensionalen, dynamischen Prozess ergeben haben. Diese sind modular aufgebaut und orientieren sich an den Kriterien aus der Geschäftsordnung der KGK (vgl. § 9 Handlungsempfehlungen): 1. Abgleich von Bedarf und Bestand, 2. Ziele, 3. Vorschläge für Maßnahmen, 4. Zeitlicher Rahmen, 5. Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, 6. Finanzierungsplan und 7. Indikatoren für die Evaluation (Landkreis Lörrach 2014). Jede Handlungsempfehlung mündet in eine konkrete Forderung (farblich hervorgehoben), welche sich in der „Resolution des Landkreises Lörrach zur künftigen Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung“ wiederfindet.

Schlussfolgerung A: Fachkräftegewinnung und -bindung

Ganz zentral stehen der Ärzte- und Fachkräftemangel im Fokus der Arbeitsbelastung (vgl. Abbildung 9, MW=4,6 und 4,5), welcher u. a. durch die geographische Lage ((Grenz-) Nähe zur Schweiz sowie Freiburg) sowie dem hohen Altersdurchschnitt der Ärzteschaft (vgl. Abbildung 5, MW= 53 Jahre) verschärft wird. Die befragten Kinderärzte/-innen machen sich Sorgen um die künftige Entwicklung: *„Was mir natürlich viele Momente im Kopf rumschwirrt ist die Zukunft. Wie sieht es in 10 Jahren aus?*“ (vgl. Experteninterviews).

Handlungsempfehlung 1: Erhöhung Medizinstudienplätze und Anreize im Medizinstudium

Abgleich von Bedarf und Bestand
Als wesentliche Elemente im Themenfeld Fachkräftemangel werden die mangelnde Anzahl von Medizinstudienplätzen (vgl. ***Abbildung 9***, MW=3,2) und die bisherigen Zulassungskriterien benannt. Darüber hinaus sei es problematisch, dass eine hohe Anzahl von (werdenden) Ärzten/-innen aus unterschiedlichen Gründen nicht in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig werden (vgl. AG-Treffen und Podiumsdiskussion). Es bedarf einer zeitnahen Erhöhung sowie eine verstärkte Steuerung im Rahmen der Vergabe der Medizinstudienplätze und des Medizinstudiums, damit Nachwuchsmedizinerinnen und Mediziner vermehrt in der unmittelbaren (pädiatrischen) Patientenversorgung im ländlichen Raum tätig werden.

Ziel
Medizinische (pädiatrische) Versorgung durch vermehrten Nachwuchs entlasten und langfristig sicherstellen.

Vorschläge für Maßnahmen
- Erhöhung der Medizinstudienplätze
- Anpassung der Zulassungskriterien fürs Medizinstudium, z.B. stärkere Einbeziehung sozialer Kompetenzen, bedarfsorientierte Quoten etc.
- Anpassung des Curriculums im Medizinstudium, z.B. Schaffung von Anreizen für die unmittelbare (pädiatrische) Patientenversorgung
- Verpflichtung, unabhängig von der Wahl der Fachrichtung, für eine vorgegebene Zeit in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig zu werden.

Zeitlicher Rahmen
Ab sofort, Erfolg langfristig (frühestens in 12 Jahren)

Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten
Land Baden-Württemberg

Finanzierungsplan
Medizinstudienplätze über Land BW

Indikatoren für die Evaluation
Anzahl Ärzte/-innen in Weiterbildung sowie niedergelassen / angestellt in der Fachrichtung Kinder- und Jugendmedizin über einen bestimmten Zeitraum.

Forderung 1 - Medizinstudium
Es muss eine größere Anzahl an Medizinabsolventen/-innen ausgebildet werden, welche später als Ärzte/-innen in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig werden. Hierfür ist zum einen eine deutliche Erhöhung der Medizinstudienplätze notwendig. Ebenso wichtig ist eine Steuerung im Rahmen der Vergabe der Medizinstudienplätze und des Medizinstudiums, damit Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner vermehrt in Mangelbereichen, wie z.B. der unmittelbaren (pädiatrischen) Patientenversorgung im ländlichen Raum, tätig werden.

Handlungsempfehlung 2: Anpassung der KV-Bedarfsplanung

Abgleich von Bedarf und Bestand
Im Kontext des Fachkräftemangels wird die Bedarfsplanung der KV als eines der größten Probleme angesehen (vgl. ***Abbildung 9***, MW=4,4). Nach dieser sei der Bedarf an niedergelassenen Kinderärzte/-innen im Landkreis Lörrach gedeckt (vgl. KVBW 2022), was der wahrgenommenen Situation sowie den Analyseergebnissen diskrepant gegenübersteht. Dabei wird kritisiert, dass die Bedarfsplanung nicht dem tatsächlichen Bedarf entspricht und sich die Versorgung massiv verändert habe, was dort nicht abgebildet werde (vgl. Experteninterviews). So können auch vorhandene personelle Ressourcen aufgrund der bestehenden KV Berechnungsgrundlagen nicht genutzt werden (vgl. Plenumsdiskussion).

Ziele
- Medizinische (pädiatrische) Versorgung durch vermehrten Nachwuchs entlasten und langfristig sicherstellen.
- Schaffung von Nutzungsmöglichkeiten von vorhandenen Ressourcen

Vorschläge für Maßnahmen
- Überarbeitung der KV-Bedarfsplanung durch Reform der Berechnungsgrundlage zur Abbildung des tatsächlichen Bedarfs in der ambulanten Versorgung
- Erleichterte Einbindung von angestellten Ärzten/-innen in KV Stellenanteile
- Durch altersgerechte Arbeitszeitmodelle Einbindung von erfahrenen Mediziner/-innen, die sich ggf. bereits im Ruhestandsalter befinden (ohne Auswirkung auf den Rentenbezug sowie ohne/wenige Wochenend-/Nachtdienste)

Zeitlicher Rahmen
Ab sofort

Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) / KVBW (=Sicherstellungsauftrag)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- Landesausschüsse der Ärzteschaft und Krankenkassen (§ 90, SGB V)

Finanzierungsplan
- G-BA
- Krankenkassen

Indikatoren für die Evaluation
Anzahl und wahrgenommene Belastung von Kinderärzte/-innen

Forderung 2 – Bedarfsplanung
Um den aktuellen, tatsächlichen Bedarf in der ärztlichen Versorgung darstellen zu können und entsprechende Niederlassungs- bzw. Tätigkeitsmöglichkeiten für Ärzten/-innen zu schaffen, bedarf es einer Reform der veralteten Berechnungsgrundlage der Bedarfsplanung.

Handlungsempfehlung 3: Entbudgetierung der fachärztlichen Weiterbildungsförderung

Abgleich von Bedarf und Bestand
Aus den Analysen geht hervor, dass der Ärztemangel im Landkreis Lörrach durch mangelnde Nachwuchsbindung begünstigt wird. Dies zeigt sich darin, dass vor allem im stationären Bereich ÄiW tätig sind, welche allerdings nach ihrer Facharztweiterbildung oftmals den Landkreis verlassen (vgl. AG-Sitzung). Das Problem liegt dabei in der nicht adäquaten Finanzierung von Weiterbildungsassistenten/-innen im ambulanten Bereich. Diese ist bei Fachärzten/-innen (also auch Pädiater/-innen) im Gegensatz zu der Weiterbildungsförderung von Allgemeinmedizinern/-innen bundesweit gedeckelt (vgl. SGB V, §75a). Dadurch können trotz beidseitigem Interesse ÄiW im Landkreis nicht finanziert werden.

Ziele
- Medizinische (pädiatrische) Versorgung durch vermehrten Nachwuchs entlasten und langfristig sicherstellen.
- Nachwuchsgewinnung und -bindung
- Attraktivitätserhaltung der Weiterbildungsmöglichkeiten im ambulanten Sektor

Vorschläge für Maßnahmen
- Entbudgetierung der fachärztlichen Weiterbildungsförderung von Pädiater/-innen / Gleichstellung der Pädiater/-innen mit Allgemeinmedizinern/-innen
- Nachwuchsbindung durch Gründung eines Weiterbildungsverbundes Kinder- und Jugendmedizin (vgl. Handlungsempfehlung 4)

Zeitlicher Rahmen
Ab sofort, langfristig

Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten
- G-BA
- KBV/KVBW
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-S)

Finanzierungsplan
KBV

Indikatoren für die Evaluation
Anzahl Ärzte/-innen in Weiterbildung sowie niedergelassen / angestellt in der Fachrichtung Kinder- und Jugendmedizin über einen bestimmten Zeitraum.

Forderung 3 – Weiterbildungsförderung
Um das Gehalt von Weiterbildungsassistenten/-innen finanzieren zu können, fordern Pädiater/-innen in der Thematik Weiterbildungsförderung eine Gleichbehandlung mit den Hausärzten/-innen und damit eine Revision der derzeitigen Deckelung der Weiterbildungsförderung von Pädiater/-innen.

Hinweis zur Entbudgetierung der Kinder- und Jugendärzte:
Die Budgetierung, durch die jede/r Vertragsarzt/-ärztin unabhängig von der behandelten Patientenzahl ein gedeckeltes Honorar erhält, und die Forderung nach einer Entbudgetierung waren zentrale Bestandteile der Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen.
Da der Gesetzgeber rückwirkend zum 1. April 2023 die Aussetzung der Budgetierung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) für kinder- und jugendärztliche Leistungen vorgegeben und die KVBW die entsprechende Entbudgetierung am 12. Juli 2023 rückwirkend beschlossen hat, werden ab dem Quartal 2/2023 Leistungen ohne mengenbegrenzende Maßnahmen innerhalb der MGV vergütet (KVBW 2023, weitere Informationen unter: www.kvbawue.de, Rubrik Abrechnung & Honorar).
Daher wird dieses Thema nicht mehr weiter ausgeführt und in der Resolution nicht berücksichtigt.

Schlussfolgerung B: Weiterentwicklung pädiatrischer Versorgungskonzepte

Aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels und den steigenden Anforderungen in der Versorgung, ist es notwendig, die bisherigen (pädiatrischen) Versorgungskonzepte weiterzuentwickeln. Für die langfristige Sicherstellung und die damit verbundene Nachwuchsgewinnung und -bindung ist es erforderlich, dass bei der Weiterentwicklung die Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch flexible Arbeitszeiten mitgedacht wird. Dies sei laut der befragten angehenden Kinderärzte/-innen einer der wichtigsten Aspekte bei der Wahl des Arbeits- und Lebensstandortes (vgl. ***Abbildung 11***). Dies gilt für nicht-ärztliches Personal gleichermaßen.

Handlungsempfehlung 4: Gründung eines Weiterbildungsverbundes Kinder-/Jugendmedizin

Abgleich von Bedarf und Bestand
In den Analysen wurde deutlich, dass eine sektorenübergreifende Versorgung die Situation verbessern und entlasten könnte (vgl. Experteninterviews, ***Abbildung 9*** und ***Abbildung 10***). Eine Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist bereits während der Facharztweiterbildung sinnvoll, welche darüber hinaus bestehen bleiben sollte. Dafür bietet sich die Gründung eines Weiterbildungsverbundes Kinder- und Jugendmedizin an, der eine strukturierte und gesteuerte Rotation ermöglicht. Dies könnte zudem die Nachwuchsbindung insbesondere von bisher stationär tätigen ÄiW fördern (vgl. Handlungsempfehlung 3). Dieser Lösungsansatz wird in allen durchgeführten Analysen als vielversprechend eingeschätzt (vgl. ***Abbildung 10***, $MW_{ambulant}$=3,8 sowie Experteninterviews).

Ziele
- Sektorenübergreifende Zusammenarbeit durch einen konstanten Austausch zwischen ambulant und stationär tätigen Pädiater/-innen verbessern und damit die Versorgung entlasten
- Nachwuchsgewinnung und -bindung durch Attraktivitätssteigerung der Facharztweiterbildung Kinder- und Jugendmedizin im Landkreis Lörrach

Vorschläge für Maßnahmen
- Gründung eines Weiterbildungsverbundes Kinder- und Jugendmedizin einschließlich SPZ und Entwicklungspädiatrie unter juristischer Unterstützung

Zeitlicher Rahmen
Gründung sobald vertragliche Regelungen sowie Koordination geklärt sind

Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten
- Bezirksärztekammer Südbaden (BÄK)
- Ambulante und stationäre pädiatrische Versorgung
- Ggf. Unterstützung in der Koordination durch den Landkreis

Finanzierungsplan
Personelle Ressourcen der BÄK sowie der Pädiater/-innen im Landkreis.
Für potentielle Koordination durch den Landkreis sind weitere personelle Ressourcen notwendig.

Indikatoren für die Evaluation
Anzahl Ärzte/-innen in Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin über einen bestimmten Zeitraum.

Forderung 4 – Weiterbildungsverbund
Insbesondere medizinrechtliche Unterstützung bei der Entwicklung und Gründung eines Weiterbildungsverbundes Kinder- und Jugendmedizin.

Handlungsempfehlung 5: Reform des Patientenservices 116 117

Abgleich von Bedarf und Bestand
Der Patientenservice 116 117 der KV hat verschiedene Aufgaben, wie bspw. die Haus-/Kinderarzt-vermittlung, Terminservice sowie fachliche Beratung in Notsituationen. Allerdings werden dem Gesundheitsamt sowie der Integrierten Leistelle zunehmend Beschwerden gemeldet, dass die Hotline mangelhaft erreichbar ist, eine Überlastung wahrgenommen, keine adäquate Hilfe bei akuten Fällen gewährleistet wird sowie fehlenden Ortskenntnisse dazu führen, dass oftmals Rettungswägen geschickt werden müssen. Dies führt zu einer gesteigerten Inanspruchnahme der Notfallversorgung, die zum Teil vermieden werden kann.

Ziele
- Vermittlung von (Kinder-) Ärzten/-innen an die Bevölkerung
- Beratung und Versorgung der (minderjährigen) Bevölkerung rund um die Uhr
- Notfall- und Bereitschaftsdienst entlasten durch eine verbesserte Patientensteuerung (Triage)

Vorschläge für Maßnahmen
- Umstrukturierung des bestehenden Patientenservice 116 117
- Personelle Aufstockung des Patientenservice 116 117
- Ausbau des telemedizinischen Angebots (vgl. Handlungsempfehlung 9)
- Öffentlichkeitskampagne mit einer bevölkerungsnahen Kommunikationsstrategie zur Aufklärung der Funktionalität des Patientenservice 116 117

Zeitlicher Rahmen
mittelfristig

Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten
KBV/KVBW

Finanzierungsplan
Bund, Land, KBV

Indikatoren für die Evaluation
KV-Statistik zur Inanspruchnahme der 116 117

Forderung 5 – Patientenservice 116 117
Es bedarf einer Umstrukturierung des Patientenservice 116 117 mit deutlicher Verbesserung der Erreichbarkeit, verstärkten Möglichkeiten zur effektiven Arztvermittlung und Triage (z.B. telefonisch oder via Telemedizin) sowie einer Öffentlichkeitskampagne zur bevölkerungsbezogenen Aufklärung.

Handlungsempfehlung 6: Reorganisation des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes

Abgleich von Bedarf und Bestand
Derzeit haben die niedergelassenen Pädiater/-innen ca. 15 Bereitschaftsdienste unter der Woche pro Jahr und ca. 7-8 Wochenend- bzw. Feiertagsdienste pro Jahr. Die Dienstzeit beträgt 9 Stunden, eine geregelte Pause gibt es nicht. Die kassenärztlichen Bereitschaftsdienste liegen mit einem MW von 3,9 auf Platz 6 der 15 größten Belastungen in der pädiatrischen Versorgung im Landkreis Lörrach (vgl. ***Abbildung 9***). In den Experteninterviews wurde bestätigt, dass diese Dienste insbesondere von den älteren, niedergelassenen Kinderärzten/-innen als enorm belastend bzw. überlastend wahrgenommen werden (vgl. Experteninterviews). Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Verpflichtung zum Bereitschaftsdienst an eine Niederlassung gekoppelt ist und es keine einheitliche, innerärztliche Regelung gibt.

Ziele
- Pädiatrische Versorgung im Landkreis Lörrach durch eine optimierte Regelung der KV-Bereitschaftsdienste entlasten
- Sektorenübergreifende Zusammenarbeit sowie Facharztweiterbildung verbessern
- Beruf attraktiver machen und damit Nachwuchsgewinnung und -bindung

Vorschläge für Maßnahmen
- Schaffung eines rechtlichen Rahmens zur Verpflichtung von allen an der Versorgung teilnehmenden Ärzten/-innen unabhängig ihres KV-Sitzes bzw. Arbeitsverhältnisses
- Prüfung, ob ÄiW im letzten Weiterbildungsjahr in die Dienste eingebunden werden können
- Klärung der Reorganisation des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes auf kurzem Dienstweg (vgl. Handlungsempfehlung 8)
- Ausbau des Patientenservice 116 117 (vgl. Handlungsempfehlung 5), sodass vor dem Aufsuchen des Bereitschaftsdienstes eine vorherige Abklärung möglich ist, ob dies erforderlich ist

Zeitlicher Rahmen
sofort

Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten
- KBV/KVBW
- Bund (Gesetzgeber)

Finanzierungsplan
KBV/KVBW

Indikatoren für die Evaluation
Anzahl und wahrgenommene Belastung von Kinderärzte/-innen im Kontext der Notfallversorgung.

Forderung 6 – Bereitschaftsdienst
Reorganisation des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes durch Schaffung der Rahmenbedingungen zur Einbeziehung von allen an der Versorgung teilnehmenden Ärzten/-innen unabhängig von KV-Sitz bzw. Arbeitsverhältnis (niedergelassen vs. angestellt) in den Bereitschaftsdienst.

Handlungsempfehlung 7: Schaffung Finanzierungsmöglichkeiten von Delegationskonzepten

Abgleich von Bedarf und Bestand
Durch die Delegation diverser nicht-ärztlicher Tätigkeiten können Ärzte/-innen mehr Zeit für Aufgaben nutzen, deren Ausführungsberechtigung ausschließlich ihrer ärztlichen Qualifikation unterliegen. Dabei ist die Weiterqualifikation bzw. Akademisierung von ausgebildeten Gesundheitsberufen, wie bspw. die MFA zur Physician Assistance sowie die Integration von Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen. Solchen Ansätzen stehen die befragten Kinderärzte/-innen im Landkreis etwas gespalten, aber dennoch positiv gegenüber (vgl. Abbildung 10, MW_{Gesamt}=3,8 sowie Experteninterviews). Einer der Hauptkritikpunkte ist die schwierige bis nicht vorhandene Finanzierung von weitergebildetem nicht-ärztlichem Personal.

Ziele
- Nachwuchsgewinnung und -bindung durch Qualifikations- und Attraktivitätssteigerung von nicht-ärztlichen Fachberufen
- Verstetigung neuer Berufsbilder durch eine Regelfinanzierung
- Kinderärzte/-innen entlasten durch Ressourcenumverteilung

Vorschläge für Maßnahmen
- Ausbau von Abrechnungsmodellen für Delegierungskonzepte durch Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
- Juristische Beratung/Unterstützung der Ärzte/-innen zu „Physician Assistance“ zur Abklärung der Aufgaben und Berechtigungen

Zeitlicher Rahmen
Der Studiengang Physician Assistance ist noch recht neu. Recruitingmaßnahmen könnten bspw. an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) Karlsruhe oder ab nächstem Semester an der Hochschule Furtwangen erfolgen.

Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten
- KBV/KVBW
- GKV-S

Finanzierungsplan
Staatliches Studium ist kostenfrei, nach akademischem Abschluss allerdings höhere Personalkosten zu erwarten, die derzeit von Praxis zu leisten sind.

Indikatoren für die Evaluation
Wahrgenommene Belastung, Gegenüberstellung rein ärztlicher und delegationsfähiger Tätigkeiten.

Forderung 7 – Delegationskonzepte
Es bedarf einer Reform des EBM-Systems (Regelfinanzierung), um Delegationskonzepte an qualifiziertes Praxispersonal (insbesondere neue Berufsbilder, wie bspw. Case Manager, Physician Assistant usw.) sowie administrative und personalorganisatorische Tätigkeiten abrechnen zu können und rechtlich klar definierter Regelungen und Verantwortlichkeiten im Rahmen der Delegation.

Schlussfolgerung C: Abbau bürokratischer und administrativer Hemmnisse

Die „Bürokratie“ wurde als einer der zentralen Knackpunkte und zugleich Potential für Entlastung der pädiatrischen Versorgung im Landkreis Lörrach benannt (***Abbildung 9***, MW=4,3 sowie ***Abbildung 10***, MW=4,4). Dabei ist das Thema sehr vielschichtig von der Abrechnung mit der KV (u. a. bei unterschiedlichen Versorgungsmodellen, bspw. Selektivverträge), der Dokumentation von Behandlungen, der Meldepflicht bis hin zu diversen Formularen (Kuranträge, Schul- und KiTa-Bescheinigungen, (Kind-) Krankschreibungen, Sporttauglichkeit, Fälle der Berufsgenossenschaft, Schwerbehinderten-Ausfall usw.).

Handlungsempfehlung 8: Verbesserte Ansprechbarkeit der KV

Abgleich von Bedarf und Bestand
Unter den Begriff „Bürokratie“ fallen insbesondere vertragsärztliche Arbeitsprozesse, für die die KVBW zuständig ist. In einem der Experteninterviews wird die Situation wie folgt beschrieben und appelliert: *„Die Zusammenarbeit mit der KV ist sehr mühsam. Vieles funktioniert dort nur auf Papier, aber nicht in der Praxis. Die Kinderärzte müssen diese Problematiken selbst mit der KV lösen und konkretisieren, wir können schwer etwas dagegen unternehmen. Man möchte in Zukunft eine schnelle und unbürokratische Rückmeldung erhalten (I2).”* Dies legt nahe, dass sich einige der wahrgenommenen Probleme auf kurzem, schnellem und unbürokratischem Dienstweg vereinfachen ließen.

Ziele
- Arbeitsbelastung aufgrund von (vertragsärztlichen) bürokratischen und administrativen Hemmnissen durch die Schaffung von kurzen Dienstwegen verringern
- Ressourcenschonung (Zeit) und damit Qualität für medizinische Versorgung der Patienten/-innen optimieren

Vorschläge für Maßnahmen
- Benennung einer festen Ansprechperson bei der KV (über die Bezirksbeiräte hinaus) für den Landkreis Lörrach als Bindeglied und Gewährleistung ihrer Erreichbarkeit
- Bündelung von Fragen an die KV seitens der regional tätigen Pädiater/-innen

Zeitlicher Rahmen
sofort

Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten
KVBW

Finanzierungsplan
KVBW

Indikatoren für die Evaluation
Wahrgenommene Belastung im Kontext der Bürokratie bzw. Kommunikation mit der KV.

Forderung 8 – Ansprechbarkeit KV
Zur Optimierung der bürokratischen Prozesse müssen verkürzte Verfahrens- und Kommunikationswege insbesondere zur Kassenärztlichen Vereinigung geschaffen werden.

Handlungsempfehlung 9: Nutzung von digitalen Lösungen und künstlicher Intelligenz (KI)

Abgleich von Bedarf und Bestand
Neben den enorm vielen administrativen Einzelprozessen wird die Situation verschärft, indem vieles nur postalisch möglich ist und noch nicht digital bzw. IT-Infrastruktur noch nicht entsprechend funktioniert (vgl. AG-Treffen). Dabei ist eine Unterstützung von modernen, digitalen, prozessoptimierenden Möglichkeiten für einen vereinfachten Praxis-/Klinikalltag wünschenswert und bei zunehmender Ressourcenknappheit notwendig. Insbesondere bei dem Einsatz von KI ist jedoch Abstimmung und Unterstützung erforderlich (vgl. Podiumsdiskussion).

Ziele
- Arbeitsbelastung aufgrund von bürokratischen und administrativen Hemmnissen durch den Einsatz von digitalen Lösungen verringern
- Ressourcenschonung (Zeit) und damit Qualität für medizinische Versorgung der Patienten/-innen optimieren
- Anwendungsmöglichkeiten von KI in medizinischen Prozessen etablieren

Vorschläge für Maßnahmen
- Etablierung einheitlicher strukturierter digitaler Formulare und Anwendungen
- Hinwirken auf eine vermehrte Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA), des eRezeptes und digitaler Überweisungen
- Ausbau von telemedizinischen Angeboten (vgl. Handlungsempfehlung 5)
- Begleitung bei der Verbesserung digitaler Informationsübermittlung zwischen den beteiligten Akteuren/-innen sowie Förderung der Nutzung elektronischer Kommunikationskanäle
- Unterstützung bei der Einrichtung eines digitalen Praxisverwaltungssystems
- Aufbau von KI Möglichkeiten und Unterstützung der Leistungserbringer/Praxen/Kliniken bei der Einführung von KI

Zeitlicher Rahmen
langfristig

Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten
- KBV/KVBW
- G-BA
- Land Baden-Württemberg (Digitalisierungsstrategie)

Finanzierungsplan
Bund (KBV, G-BA), Land Baden-Württemberg

Indikatoren für die Evaluation
Wahrgenommene Belastung im Kontext der Bürokratie bzw. digitalisierungsfähigen Aufgaben.

Forderung 9 – Digitalisierung und KI
Bestehende bürokratische Lasten durch den Einsatz bzw. Ausweitung von digitalen Lösungen und künstlicher Intelligenz vereinfachen.

Schlussfolgerung D: Steigerung der elterlichen Gesundheitskompetenz

Die befragten Kinderärzte/-innen sehen in der Steigerung der elterlichen Gesundheitskompetenz einen der vielversprechendsten Lösungsansätze, um die pädiatrische Versorgung im Landkreis Lörrach zu entlasten (s. ***Abbildung 10***, MW_{Gesamt}=4,1).

Handlungsempfehlung 10: Steigerung der elterlichen Gesundheitskompetenz

Abgleich von Bedarf und Bestand
Es gibt Hinweise darauf, dass durch eine besser ausgeprägte elterliche Gesundheitskompetenz einige Behandlungsfälle, insbesondere in der Inanspruchnahme der Notfallversorgung, vermieden sowie Behandlungszeit in Bezug auf Compliance und Kommunikationshürden verkürzt werden könnten (vgl. AG-Sitzung). In diesem Kontext wurde betont, dass Schulungsabende etc. viel wirksamer wären als Informationsmaterialien (vgl. Experteninterviews).
Die Wochenbettbetreuung durch Hebammen sind eine wichtige Ergänzung des medizinischen Angebots. Fragen der Kinderpflege, Ernährung, Stillberatung etc. sind während des kurzen Klinikaufenthalts nach Entbindung nicht umfassend zu gewährleisten. Darüber hinaus kommt der Frühförderung sowie Prävention eine große Bedeutung zu. Laut Aussagen der niedergelassenen Kinderärzte/-innen nehmen Verhaltens-, sprachliche und motorische Auffälligkeiten zu, u. a. aufgrund des eingeschränkten pädagogischen Betreuungsangebots in Form von KiTaplätzen. Der daraus entstehende Förderbedarf bei Kindern kann aufgrund von aktuell sehr langen Wartezeiten im SPZ sowie bei den Logopäden/-innen-, Ergo- und Heilpädagogen/-innen nicht entsprechend zeitnah diagnostiziert und behandelt werden. Dies bindet in Summe die Zeit der Kinderärzte/-innen in Form von Beratung, Koordination und Formalitäten.

Ziele
- Gesundheitskompetenz der Eltern und damit Gesundheit der Kinder steigern
- Pädiatrische Versorgung durch geringere bzw. zielgerichtete Inanspruchnahme entlasten
- Einsparung vermeidbarer Behandlungsfälle und damit Kosten im Gesundheitssystem

Vorschläge für Maßnahmen
- Informations-, Beratungs- und Schulungsangebote zum Thema Kindergesundheit, bspw. zu chronischen Erkrankungen, „Elternführerschein“ oder Vortragsreihe zu „Wann muss ich mit meinem Kind zum Arzt?“ in den Settings Kindergarten und Schule
- Stärkere Präsenz und Ausbau der Landkreisprogramme, bspw. „Alle dabei!“, Präventionslotsinnen und Frühe Hilfen
- Stärkung der Hebammenversorgung
- Ausbau der erzieherischen Förderung im Landkreis Lörrach

Zeitlicher Rahmen
Ab sofort, langfristig

Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten
- Bund (bspw. BZgA), Land und Kommunen
- Ansiedelung/Verzahnung bei kreiseigenen Programmen, bspw. KJGD und „Alle dabei!“ → entsprechende personelle Ressourcen notwendig

Finanzierungsplan
- Krankenkassen
- Bundes-, Landes- und Kreismittel

Indikatoren für die Evaluation
Messung Gesundheitskompetenz mit Health Literacy Survey Questionnaire (HLSQ-36), Inanspruchnahme der Angebote unter Berücksichtigung des Settingansatzes.

Forderung 10 – Elterliche Gesundheitskompetenz
Förderungen zur Verbesserung der elterlichen Gesundheitskompetenz erweitern.

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

KVBW (2022/23): Arztsuche der KVBW zum Stichtag 10.11.2022 sowie 16.05.2023. Online verfügbar unter https://www.arztsuche-bw.de/.

KVBW (2023): Zahlen basieren auf dem Beschluss des LA zur Fortschreibung der Bedarfsplanung vom 21.06.2023.

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
AiW/ÄiW	Arzt/Ärztin/Ärzte in Weiterbildung
BÄK	Bezirksärztekammer
BW	Baden-Württemberg
DHBW	Duale Hochschule Baden-Württemberg
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ePA	Elektronische Patientenakte
G-BA	Gemeinsamer Bundesauschuss
GKV-S	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
HE	Handlungsempfehlung
HZV	Hausarztzentrierte Versorgung
KGK	Kommunale Gesundheitskonferenz
KI	Künstliche Intelligenz
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
MFA	Medizinische Fachangestellte
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
n	Stichprobe
SGB	Sozialgesetzbuch
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
SST	Stabsstelle
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WBV	Weiterbildungsverbund
WBO	Weiterbildungsordnung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geographische Verteilung der niedergelassenen Kinderärzte/-innen im Landkreis Lörrach in Anlehnung an die Sozialplanungsräume des Landkreises: I Lörrach/Inzlingen Steinen; II Weil am Rhein/ Markgräflerland; III Hochrhein; IV Mittleres Wiesental; V Oberes Wiesental (Eigene Darstellung Landratsamt Lörrach 2023 auf Grundlage der KVBW-Zahlen vom 16.05.2023) 1
Abbildung 2: Meilensteinplan Bedarfserhebung pädiatrische Versorgung 2022/23 3
Abbildung 3: Geschlechterverteilung ambulant befragte Kinderärzte/-innen (Angaben in Prozent, n=14) 5

Abbildung 4: Geschlechterverteilung stationär befragte Kinderärzte/-innen (Angaben in Prozent, n=17).....5
Abbildung 5: Altersverteilung der befragten Kinderärzte/-innen ambulant und stationär in Jahren (nach KV-Kategorien) (Angaben absolut und in Prozent, $n_{ambulant}$=14, $n_{stationär}$=17).....6
Abbildung 6: Box-Plot Arbeitsstunden stationär und ambulant im Vergleich (Angaben in Stunden, $n_{ambulant}$=11; $n_{stationär}$=14). Hinweis: Personen, die einen geringeren Stellenumfang als 1VZÄ angegeben haben, werden in dieser Grafik nicht berücksichtigt. 6
Abbildung 7: Ausblick individueller Tätigkeitsumfang ambulant und stationär (Angaben absolut und in Prozent; $n_{ambulant}$=14; $n_{stationär}$=17) 7
Abbildung 8: Einschätzung der Gesamtsituation aus Sicht der stationär tätigen Kinderärzte/-innen (Angaben in Prozent, n=16).....8
Abbildung 9: Probleme aus Sicht aller Kinderärzte/-innen (Angaben in Mittelwerten; $n_{ambulant}$=15, $n_{stationär}$=15), Berechnung der Mittelwerte durch 5=Ich stimme völlig zu, 4=Stimme eher zu, 3=Stimme Teilweise zu, 2=Stimme eher nicht zu, 1=stimme gar nicht zu.....9
Abbildung 10: Lösungsansätze aus Sicht aller Kinderärzte/-innen (Angaben in Mittelwerten; $n_{ambulant}$=15, $n_{stationär}$=15), Berechnung der Mittelwerte durch 5=Ich stimme völlig zu, 4=Stimme eher zu, 3=Stimme Teilweise zu, 2=Stimme eher nicht zu, 1=stimme gar nicht zu. 10
Abbildung 11: Lösungsansätze zur Nachwuchsgewinnung aus Sicht der stationär tätigen Kinderärzte/-innen (Angaben absolut und in Prozent, Mehrfachnennungen möglich, n=16) 11
Abbildung 12: Mindmap zum Zusammenspiel der Ursachen, Auswirkungen, Lösungsansätzen und daraus resultierende Schlussfolgerung bzgl. der Arbeitsbelastung in der pädiatrischen Versorgung im Landkreis Lörrach.....17

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Altersstruktur der niedergelassenen Kinderärzte/-innen (KVBW, Stand 01.01.2023) 2
Tabelle 2: Übersicht Anzahl der ambulant und stationär tätigen Kinderärzte/-innen im Landkreis Lörrach und der erreichten Stichproben 5
Tabelle 3: Gründe für Verlängerung/Verkürzung der Tätigkeit (Anzahl Nennung ambulant/Anzahl Nennung stationär).....8

Anhang: Tabellenband

Tabellenband Fragebogenerhebung ambulant

Tabelle 1: Dimension I – ambulant: Lage- und Streumaße "Allgemeines ambulant" 31
Tabelle 2: Dimension II – ambulant: Lage und Streumaße "Aktuelle und künftige kinderärztliche Versorgungssituation im Landkreis Lörrach" 32
Tabelle 3: Dimension III – ambulant: Deskriptive Statistik "Probleme in der kinderärztlichen Versorgung" 33
Tabelle 4: Dimension III – ambulant: Lage- und Streumaße "Probleme in der kinderärztlichen Versorgung" 34
Tabelle 5: Dimension IV – ambulant: Deskriptive Statistik " Lösungsansätze" 35
Tabelle 6: Dimension IV – ambulant: Lage- und Streumaße " Lösungsansätze " 36

Tabellenband Fragebogenerhebung stationär

Tabelle 7: Dimension I – stationär: Lage und Streumaße "Allgemeines stationär" 37
Tabelle 8: Dimension II – stationär: Deskriptive Statistik "Einschätzung der gesamten Situation" 38
Tabelle 9: Dimension III – stationär: Lage- und Streumaße "Probleme" 39
Tabelle 10: Dimension III – stationär: Deskriptive Statistik "Probleme" 40
Tabelle 11: Dimension IV – stationär: Lage- und Streumaße " Lösungsansätze" 41
Tabelle 12: Dimension IV – stationär: Deskriptive Statistik " Lösungsansätze" 42
Tabelle 13: Dimension IV – stationär: Deskriptive Statistik "Anreize zur Nachwuchsgewinnung" 43

Abkürzungsverzeichnis

Max	Maximum
MD	Mittelwert
Min	Minimum
n	Stichprobe
SD	Standardabweichung

Tabellenband Fragebogenerhebung ambulant

***Tabelle 1**: Dimension I – ambulant: Lage- und Streumaße "Allgemeines ambulant"*

N=16	Allgemeines ambulant								
			Gültig	Fehlend	Absolut /Relativ	Min	Max	MD	*Variable*
Angabe zu Ihrer Person	Teilnahmeqoute bei n=22	Teilgenommen			16 (73%)				
		Nicht teilgenommen			6 (27%)				
	Geschlecht	Männlich	15	1	5 (36%)				*AP 11*
		Weiblich			9 (64%)				
	Alter	Jahre	15	1		37	67	53,4	*AP 12*
Angaben zu Ihrer Tätigkeit	Angabe zur Tätigkeit	In Anstellung	12	4	4 (33%)				*AP 13*
		Niedergelassen			8 (67%)				
	Stellenumfang	In Prozent	8	8		25%	100%	76%	*AP 23_01*
	Umfang KV-Sitz	In Prozent	3	13		75%	100%	92%	*AP 23_02*
	Tatsächliche Arbeitsstunden	Stunden	11	5		21h	60h	45h	*AP 24*
Ausblick zu Ihrer Tätigkeit	Meine Tätigkeitsumfang in den nächsten 5 Jahren…	Zu reduzieren	14	2	8 (57%)				*AP 20*
		Zu erweitern			2 (14%)				
		Weder noch							
	Bis zu welchem Alter kinderärztliche Tätigkeit weiterführen…	Jahre	13	3		63	70	66	*AP 17*

Tabelle 2: *Dimension II – ambulant: Lage und Streumaße "Aktuelle und künftige kinderärztliche Versorgungssituation im Landkreis Lörrach"*

N=10	Aktuelle und künftige kinderärztliche Versorgungssituation im Landkreis Lörrach								
		Antwort	Gültig	Fehlend	Absolut /Relativ	Min	Max	MD	Variable
Aktuelle Kapazitäten	Filterfrage	wird für Praxis beantwortet	14	2	10 (71,4%)				*VS 01*
		wird von Kollegen/in beantwortet			4 (28,6%)				
	Anzahl Patienten pro Quartal	Pat./Quartal	5	5		20	1.000	378	*VS 15_01*
	Anzahl Patienten pro Jahr	Pat./Jahr	4	6		140	10.000	2.643	*VS 15_02*
	Haben noch weitere Kapazitäten	Ja	9	1	3 (33,3%)				*VS 20*
		Nein			6 (66,7%)				
	Ja und zwar Kapazitäten für ca. …	Patienten	3	7		20	25	22	*VS 20_01*
Warteliste	Wir haben eine Warteliste ….	Ja	Alle ungültig	-	-				*VS 17*
		Nein			-				
	Wir haben eine Warteliste mit….	Kindern	2	0		30	40	35	*VS 17_02a*
	Mit einer durchschnittlichen Wartezeit von ca. …..	Wochen	2	0		18	20	19	*VS 17_04a*
Praxisangebot	Praxisangebot eingeschränkt…	Ja			2 (20%)				*VS 14* *VS 14_01*
		Nein			5 (50%)				
		Nein, aber bei anhaltender Versorgungsproblematik ja			3 (30%)				
Weiterbildung	Möglichkeit Ärzte in Weiterbildung zu beschäftigen…	Ja	9	1	1 (22%)				*VS 18*
		Ja und Interesse daran			4 (44%)				
		Nein			4 (44%)				
	Weiterbildungsermächtigung in …	Monate	5	5		12	48	22	*Vs 18_04 & VS18_05*

Tabelle 3: *Dimension III – ambulant: Deskriptive Statistik "Probleme in der kinderärztlichen Versorgung"*

N=16	**Probleme in der kinderärztlichen Versorgung**							
Wo liegen Ihrer Meinung nach die größten Probleme in der kinderärztlichen Versorgung?		Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme teilweise zu	Stimme eher zu	Stimme völlig zu	Gesamt	Variable
	KV-Bedarfsplanung	1 (6,3%)	0 (0%)	1 (6,3%)	3 (18,8%)	11 (68,8%)	16 (100%)	*NW01_01*
	zu wenig Kinderärzte/-innen insgesamt	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (12,5%)	14 (87,5%)	16 (100%)	*NW01_03*
	fehlendes Interesse an der Fachrichtung	3 (23,1%)	9 (69,2%)	1 (7,7%)	0 (0%)	0 (0%)	13 (81,3%)	*NW01_04*
	Lage im Dreiländereck und Abwanderung in die Schweiz von qualifiziertem Fachpersonal	0 (0%)	0 (0%)	1 (6,3%)	9 (56,3%)	6 (37,5%)	16 (100%)	*NW01_05*
	nicht angemessene Vergütung (entsprechend Lebenshaltungskosten)	0 (0%)	3 (18,8%)	5 (31,3%)	5 (31,3%)	3 (18,8%)	16 (100%)	*NW01_07*
	Organisation von Notfallversorgung/Bereitschaftsdiensten	1 (6,3%)	1 (6,3%)	2 (12,5%)	9 (56,3%)	3 (18,8%)	16 (100%)	*NW01_08*
	Schnittstelle ambulant/stationär	0 (0%)	7 (50%)	4 (28,6%)	3 (21,4%)	0 (0%)	14 (87,5%)	*NW01_09*
	(konsiliarische) Mitbehandlung durch andere Fachrichtungen	1 (6,7%)	8 (53,3%)	5 (33,3%)	1 (6,7%)	0 (0%)	15 (93,8%)	*NW01_10*
	bürokratische Hemmnisse	0 (0%)	0 (0%)	1 (6,7%)	6 (40%)	8 (53,3%)	15 (93,8%)	*NW01_11*
	Wandel der Krankheitsbilder (z. B. Zunahme chronische Erkrankungen etc.)	1 (7,1%)	3 (21,4%)	6 (42,9%)	2 (14,3%)	2 (14,3%)	14 (87,5%)	*NW01_02*

Tabelle 4: *Dimension III – ambulant: Lage- und Streumaße "Probleme in der kinderärztlichen Versorgung"*

N=16	**Probleme in der kinderärztlichen Versorgung**							
Wo liegen Ihrer Meinung nach die größten Probleme in der kinderärztlichen Versorgung?		Gültig	Fehlend	Min	Max	MD	SD	Variable
	KV-Bedarfsplanung	16	0	1	5	4,43	1,09	*NW01_01*
	zu wenig Kinderärzte/-innen insgesamt	16	0	4	5	4,88	0,34	*NW01_03*
	fehlendes Interesse an der Fachrichtung	13	3	1	3	1,85	0,55	*NW01_04*
	Lage im Dreiländereck und Abwanderung in die Schweiz von qualifiziertem Fachpersonal	16	0	3	5	4,3	0,60	*NW01_05*
	nicht angemessene Vergütung (entsprechend Lebenshaltungskosten)	16	0	2	5	3,5	1,03	*NW01_07*
	Organisation von Notfallversorgung/Bereitschaftsdiensten	16	0	1	5	3,75	1,06	*NW01_08*
	Schnittstelle ambulant/stationär	14	2	2	4	2,71	0,83	*NW01_09*
	(konsiliarische) Mitbehandlung durch andere Fachrichtungen	15	1	1	4	2,4	0,74	*NW01_10*
	bürokratische Hemmnisse	15	1	3	5	4,47	0,64	*NW01_11*
	Wandel der Krankheitsbilder (z. B. Zunahme chronische Erkrankungen etc.)	14	2	1	5	3,07	1,14	*NW01_02*

Tabelle 5: *Dimension IV – ambulant: Deskriptive Statistik " Lösungsansätze"*

N=16	**Lösungsansätze**						
Maßnahmen mit dem größten Potenzial, die kinderärztliche Versorgungssituation zu verbessern		Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme teilweise zu	Stimme eher zu	Stimme völlig zu	Gesamt
	Beseitigung von bürokratischen Hürden	0 (0%)	0 (0%)	1 (6,3%)	5 (31,3%)	10 (62,5%)	16 (100%)
	Neue Konzepte für Bereitschaftsdienste	1 (6,3%)	0 (0%)	2 (12,5%)	5 (31,3%)	8 (50%)	16 (100%)
	Entwicklung von Delegationskonzepten an nicht-ärztliche Berufsgruppen	1 (6,3%)	2 (12,5%)	6 (37,5%)	5 (31,3%)	2 (12,5%)	16 (100%)
	Weiterbildungsverbund für ÄiW im Fachbereich Pädiatrie	1 (6,3%)	1 (6,3%)	1 (6,3%)	10 (62,5%)	3 (18,8%)	16 (100%)
	Bessere Rahmenbedingungen (Wohnung, Kitaplätze etc.)	1 (6,3%)	2 (12,5%)	2 (12,5%)	6 (37,5%)	5 (31,3%)	16 (100%)
	Steigerung der Gesundheitskompetenz der Eltern in Kooperation mit anderen Fachgruppen (bspw. Hebammen)	1 (6,3%)	1 (6,3%)	3 (18,8%)	7 (43,8%)	4 (25%)	16 (100%)

Tabelle 6: *Dimension IV – ambulant: Lage- und Streumaße " Lösungsansätze "*

N=16	**Lösungsansätze**						
Maßnahmen mit dem größten Potenzial, die kinderärztliche Versorgungssituation zu verbessern		Gültig	Fehlend	Min	Max	MD	SD
	Beseitigung von bürokratischen Hürden	16	0	3	5	4,56	0,63
	Neue Konzepte für Bereitschaftsdienste	16	0	1	5	4,19	1,11
	Entwicklung von Delegationskonzepten an nicht-ärztliche Berufsgruppen	16	0	1	5	3,31	1,08
	Weiterbildungsverbund für ÄiW im Fachbereich Pädiatrie	16	0	1	5	3,81	1,05
	Bessere Rahmenbedingungen (Wohnung, Kitaplätze etc.)	16	0	1	5	3,75	1,24
	Steigerung der Gesundheitskompetenz der Eltern in Kooperation mit anderen Fachgruppen (bspw. Hebammen)	16	0	1	5	3,75	1,13

Tabellenband Fragebogenerhebung stationär

Tabelle 7: *Dimension I – stationär: Lage und Streumaße "Allgemeines stationär"*

N=16	Allgemeines stationär								
			Gültig	Fehlend	Absolut /Relativ	Min	Max	M	Variable
Angabe zu Ihrer Person	Teilnahmequote bei n=17	Teilgenommen			17 (68%)				
		Nicht teilgenommen			8 (32%)				
	Geschlecht	Männlich	17	0	8 (47%)				*AP 11*
		Weiblich			9 (53%)				
	Alter	Jahre	17	0					*AP 12*
Angaben zu Ihrer Tätigkeit	Angabe zur Tätigkeit	Chefarzt/Oberarzt/Facharzt/-ärztin	17	17	5 (29%)				*AP 13*
		Assistenzarzt/-ärztin in Weiterbildung			12 (71%)				
	Stellenumfang	In Prozent	10	7		80%	100%	97%	*AP 23_01*
	Tatsächliche Arbeitsstunden	Stunden	14	3		30h	67h	47h	*AP 24*
Ausblick zu Ihrer Tätigkeit	Meine Tätigkeitsumfang in den nächsten 5 Jahren…	Zu reduzieren	17	0	12 (71%)				*AP 20*
		Zu erweitern			0 (0%)				
		Weder noch			5 (29%)				
	Bis zu welchem Alter kinderärztliche Tätigkeit weiterführen…	Jahre	14	3		31	67	51,2	*AP 17*

Tabelle 8: *Dimension II – stationär: Deskriptive Statistik "Einschätzung der gesamten Situation"*

N=16	**Einschätzung der gesamten Situation**							
Wie empfinden Sie die gesamte Situation der kinderärztlichen Versorgung im Landkreis Lörrach?		Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme teilweise zu	Stimme eher zu	Stimme völlig zu	Gesamt	Variable
	Ich empfinde die Situation insgesamt als überlastet.	0 (0%)	1 (6,25%)	3 (18,75%)	5 (31,25%)	7 (43,75%)	16 (94%)	*VS20*
	Ich empfinde die Situation insbesondere im ambulanten Bereich als überlastet.	0 (0%)	1 (6,67%)	1 (6,67%)	5 (33,33%)	8 (53,33%)	15 (88%)	*VS20*
	Ich empfinde die Situation insbesondere im stationären Bereich als überlastet.	0 (23,1%)	1 (69,2%)	3 (7,7%)	8 (0%)	3 (0%)	15 (88%)	*VS20*

Tabelle 9: *Dimension III – stationär: Lage- und Streumaße "Probleme"*

N=16	Probleme in der kinderärztlichen Versorgung							
Probleme in der kinderärztliche Versorgung		Gültig	Fehlend	Min	Max	M	SD	Variable
	fehlendes Interesse an der Fachrichtung	16	1	1	5	2,1	1,3	*NW01_04*
	Vereinbarkeit von Familie und Beruf	15	2	1	5	2,9	1,1	*NW01_15*
	nicht angemessene Vergütung (entsprechend Lebenshaltungskosten)	16	1	1	5	3,3	1,1	*NW01_07*
	Organisation von Notfallversorgung/Bereitschaftsdiensten	16	1	2	5	4,1	0,9	*NW01_08*
	(konsiliarische) Mitbehandlung durch andere Fachrichtungen	15	2	2	4	2,8	0,7	*NW01_10*
	Zu hoher Altersdurschnitt der Kinderärzte	15	2	1	5	3,8	1,2	*NW01_16*
	Zu wenig Kinderärzte/-ärztinnen insgesamt	16	1	3	5	4,3	0,8	*NW01_17*
	Zu wenige Medizinstudienplätze	15	2	1	5	3,2	1,4	*NW01_18*
	Lange im Dreiländereck und Abwanderung in die Schweiz von qualifiziertem Fachpersonal	16	1	2	5	4,3	0,9	*NW01_19*
	Schnittstelle ambulant/stationär	15	2	1	5	3,4	1,1	*NW01_20*
	Wandel der Krankheitsbilder (z. B. Zunahme chronische Erkrankungen etc.)	15	2	2	5	2,9	1,0	*NW01_21*
	Bürokratische Hemmnisse	16	1	2	5	4,1	1,0	*NW01_22*
	Zu wenig qualifiziertes nicht-ärztliches Personal	15	2	2	5	4,5	1,0	*NW01_23*
	Wandel der Anstellungsverhältnisse	15	2	2	5	3,3	1,1	*NW01_24*

Tabelle 10: *Dimension III – stationär: Deskriptive Statistik "Probleme"*

N=16	Probleme in der kinderärztlichen Versorgung						
Probleme in der kinderärztliche Versorgung		Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme teilweise zu	Stimme eher zu	Stimme völlig zu	Gesamt
	fehlendes Interesse an der Fachrichtung	6 (37,5%)	7 (43,8%)	0 (0%)	1 (6,3%)	2 (12,5%)	6 (37,5%)
	Vereinbarkeit von Familie und Beruf	1 (6,7%)	5 (33,3%)	4 (26,7%)	4 (26,7%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)
	nicht angemessene Vergütung (entsprechend Lebenshaltungskosten)	1 (6,3%)	2 (12,5%)	7 (43,8%)	3 (18,8%)	3 (18,8%)	1 (6,3%)
	Organisation von Notfallversorgung/Bereitschaftsdiensten	0 (0%)	1 (6,3%)	2 (12,5%)	7 (43,8%)	6 (37,5%)	0 (0%)
	(konsiliarische) Mitbehandlung durch andere Fachrichtungen	0 (0%)	6 (40%)	6 (40%)	3 (20%)	0 (0%)	0 (0%)
	Zu hoher Altersdurschnitt der Kinderärzte	1 (6,7%)	1 (6,7%)	3 (20%)	5 (33,3%)	5 (33,3%)	1 (6,7%)
	Zu wenig Kinderärzte/-ärztinnen insgesamt	0 (0%)	0 (0%)	3 (18,8%)	6 (37,5%)	7 (43,8%)	0 (0%)
	Zu wenige Medizinstudienplätze	2 (13,3%)	3 (20%)	4 (26,7%)	2 (13,3%)	4 (26,7%)	2 (13,3%)
	Lange im Dreiländereck und Abwanderung in die Schweiz von qualifiziertem Fachpersonal	0 (0%)	1 (6,3%)	2 (12,5%)	4 (25%)	9 (56,3%)	0 (0%)
	Schnittstelle ambulant/stationär	1 (6,7%)	2 (13,3%)	5 (33,3%)	4 (26,7%)	3 (20%)	1 (6,7%)
	Wandel der Krankheitsbilder (z. B. Zunahme chronische Erkrankungen etc.)	0 (0%)	7 (46,7%)	3 (20%)	4 (26,7%)	1 (6,7%)	0 (0%)
	Bürokratische Hemmnisse	0 (0%)	2 (12,5%)	2 (12,5%)	5 (31,3%)	7 (43,8%)	0 (0%)
	Zu wenig qualifiziertes nicht-ärztliches Personal	0 (0%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)	11 (73,3%)	0 (0%)
	Wandel der Anstellungsverhältnisse	0 (0%)	4 (26,7%)	5 (33,3%)	3 (20%)	3 (20%)	0 (0%)

Tabelle 11: *Dimension IV – stationär: Lage- und Streumaße " Lösungsansätze"*

N=16	**Lösungsansätze**						
Maßnahmen mit dem größten Potenzial, die kinderärztliche Versorgungssituation zu verbessern		Gültig	Fehlend	Min	Max	M	SD
	Beseitigung von bürokratischen Hürden	16	1	3	5	4,3	0,7
	Neue Konzepte für Bereitschaftsdienste	15	2	3	5	4,4	0,7
	Entwicklung von Delegationskonzepten an nicht-ärztliche Berufsgruppen	15	2	2	5	4,2	1,0
	Steigerung der Gesundheitskompetenz der Eltern in Kooperation mit anderen Fachgruppen (bspw. Hebammen)	16	1	3	5	4,5	0,7
	Casemanagement einführen	13	4	2	5	3,4	1,1
	Telemedizin	15	2	1	5	2,6	1,1
	Verbesserung von Schnittstellen (ambulant und stationär) sowie die Strukturen	15	2	2	5	3,9	1,1
	Ausbau der Prozessdigitalisierung	15	2	1	5	3,3	1,3

Tabelle 12: *Dimension IV – stationär: Deskriptive Statistik " Lösungsansätze"*

N=16	Lösungsansätze							
Maßnahmen mit dem größten Potenzial, die kinderärztliche Versorgungssituation zu verbessern		Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme teilweise zu	Stimme eher zu	Stimme völlig zu	Gesamt	Variable
	Beseitigung von bürokratischen Hürden	0 (0%)	0 (0%)	2 (12,5%)	7 (43,8%)	7 (43,8%)	0 (0%)	NW12_08
	Neue Konzepte für Bereitschaftsdienste	0 (0%)	0 (0%)	2 (13,3%)	5 (33,3%)	8 (53,3%)	0 (0%)	NW12_06
	Entwicklung von Delegationskonzepten an nicht-ärztliche Berufsgruppen	0 (0%)	1 (6,7%)	3 (20%)	3 (20%)	8 (53,3%)	0 (0%)	NW12_07
	Steigerung der Gesundheitskompetenz der Eltern in Kooperation mit anderen Fachgruppen (bspw. Hebammen)	0 (0%)	0 (0%)	2 (12,5%)	4 (25%)	10 (62,5%)	0 (0%)	NW12_03
	Casemanagement einführen	0 (0%)	4 (30,8%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)	0 (0%)	NW12_13
	Telemedizin	1 (6,7%)	9 (60%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)	NW12_14
	Verbesserung von Schnittstellen (ambulant und stationär) sowie die Strukturen	0 (0%)	2 (13,3%)	3 (20%)	4 (26,7%)	6 (40%)	0 (0%)	NW12_15
	Ausbau der Prozessdigitalisierung	2 (13,3%)	2 (13,3%)	4 (26,7%)	3 (20%)	4 (26,7%)	2 (13,3%)	NW12_16

Tabelle 13: *Dimension IV – stationär: Deskriptive Statistik "Anreize zur Nachwuchsgewinnung"*

N=16	**Anreize zur Nachwuchsgewinnung**		
Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Anreize, auf die der Nachwuchs bei der Wahl der Örtlichkeit Wert legt?		Ausgewählt	Platz nach Häufigkeit
	Zu erwartende Arbeitsbelastung	10 (62,5%)	2
	Zu erwartender Verdienst	8 (50%)	3
	Zu erwartendes Betriebsklima	10 (62,5%)	2
	Geringe Verwaltungs-/Bürokratie-Hürden	5 (31,3%)	6
	Angebot zur Arbeit in einem Ärztehaus/einer Gemeinschaftspraxis	3 (18,8%)	7
	Weiterbildungsverbund (mit Rotationsplan)	5 (31,3%)	6
	Vereinbarkeit von Familie und Beruf	11 (68,8%)	1
	Geringe Lebenshaltungskosten	1 (6,3%)	8
	Wohnumfeld (Gute Wohnungen, Kitaplatz,..)	7 (43,8%)	4
	Organisation des Bereitschaftsdienstes	3 (18,8%)	7
	Weiterbildungsverbund für ÄiW im Fachbereich Pädiatrie	5 (31,3%)	6
	Umsetzung des Weiterbildungsplans	6 (37,5%)	5
	Angebot an Praxisräumlichkeiten	0 (0%)	9